

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DYSTOCIE FOETALE

PAR EXCÈS DE VOLUME PARTIEL

d'après les cas observés à la Maternité de Nancy (1879-1910)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 27 juillet 1911

POUR OBTENIR LE DIPLÔME DE

Docteur de l'Université de Nancy, mention "Médecine"

PAR

KOUTZENOC, née BELITZKAJA, Beila

Née à Zolotonoscha (Russie).

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM HERRGOTT	professeur...	<i>Président,</i>
		HAUSHALTER	professeur...	
		FROELICH	agrége.....	<i>Juges,</i>
		SENCERT	agrége.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1911

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DYSTOCIE FOETALE

PAR EXCÈS DE VOLUME PARTIEL

d'après les cas observés à la Maternité de Nancy (1879-1910)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 27 juillet 1911

POUR OBTENIR LE DIPLÔME DE

Docteur de l'Université de Nancy, mention "Médecine"

PAR

KOUTZENOC, née BELITZKAJA, Beila

Née à Zolotonoscha (Russie).



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM HERRGOTT	professeur...	} <i>Président.</i>
	HAUSHALTER	professeur...	
	FROELICH	agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	SENCERT	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I U.

Assesseur : M. WEISS, *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, 26 I U., NICOLAS, I U., PRENANT, I U.,
BERNHEIM, O *, I U.

Professeurs.

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I U.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I U.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I U.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Clinique médicale.....	M. SCHMITT, I U.
Physiologie.....	M. MEYER, I U.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I U.
Clinique des maladies des enfants....	M. HAUSHAETER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.
Anatomie descriptive.....	M. ANGEL, A U.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHE, I U.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I U.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I U.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A U., agrégé libre.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I U., agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FRÖELICH, I U., agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I U., agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies mentales....	M. PARIS, I U.
Cours de médecine opératoire.....	M. MICHEL, A U., agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. ZILGIEN, I U., ag. lib., ch. du cours

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, I U.	MM. COLLIN, A U.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I U.	DUFOUR, A U.	LUCIEN, A U.
RICHON, A U.	SENCERT, A U.	BINET.
G. GROSS, A U.	ROBERT, A U.	PERRIN.
FRUHNHOLZ, A U.		

Agrégés libres

MM. REMY, A U., FÉVRIER, O *, I U., ETIENNE, I U., ZILGIEN, I U., FRÖELICH, I U.,
SCHUHL, I U., JACQUES, I U., ANDRÉ, I U., MICHEL, A U., L. SPILLMANN, A U.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, M. I U. Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde tendresse.

A MON MARI

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

Professeur de la Clinique obstétricale de Nancy
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

C'est avec un sentiment de profond respect que nous remercions ce maître éminent de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueillie dans son service. Ses belles leçons cliniques si documentées et présentées sous une forme si attrayante, nous seront un guide précieux et sûr au cours de notre carrière. Nous emporterons de lui le souvenir le plus reconnaissant et le plus ému.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

Professeur de la Clinique infantile de la Faculté de Médecine de Nancy

Nous sommes reconnaissante à M. le Professeur Haushalter du grand honneur qu'il nous a fait d'accepter de faire partie de notre jury. Nous sommes heureuse de l'occasion qui s'offre à nous de pouvoir lui dire combien nous avons apprécié ses cliniques savantes et si pratiques en même temps. C'est de lui que nous tenons nos connaissances en pathologie infantile. Nous serons fière de pouvoir nous dire son élève.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRÖELICH

Respectueux témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRUHINSHOLZ

Nous n'oublierons jamais la patience inlassable avec laquelle notre maître nous a guidée à travers les dédales de l'obstétrique. Il nous a prodigué son temps et ses précieux conseils sans compter ; nous lui disons merci du fond du cœur.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MES ANCIENS MAITRES DE L'ÉCOLE D'ALGER

AVANT-PROPOS

Le choix de notre thèse s'inspire étroitement de la séduction qu'a toujours exercée sur nous la science obstétricale.

Nous avons passé deux années, les plus belles de notre scolarité, à étudier, sous la direction de maîtres bienveillants et avertis, cette branche si attrayante de la médecine, et c'est à leur enseignement que nous sommes redevable de la modeste expérience acquise.

Toute notre reconnaissance va droit aux maîtres qui ont dirigé notre travail, à M. le professeur Herrgott, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et à M. le professeur agrégé Fruhinsholz, qui a bien voulu nous indiquer notre sujet.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui s'offre à nous d'exprimer nos plus vifs sentiments de gratitude à tous les maîtres qui se sont efforcés de

développer en nous le sens clinique, à MM. les professeurs Weiss, Spillmann, Schmitt, Rohmer, Haushalter, à MM. les professeurs agrégés Frœlich, Michel et Richon, Sencert et Robert.

A M. le professeur Bouin, nous traduisons ici nos bien sincères sentiments de reconnaissance pour la sollicitude dont il a entouré nos débuts à la Faculté de Nancy et à l'Ecole d'Alger.

Nous n'oublierons pas non plus les bons services que nous ont rendus MM. les docteurs Job et Delfour, chefs de clinique.

Que M. des Cilleuls, le sympathique secrétaire de la Faculté de Médecine, soit persuadé que nous conserverons de son amabilité le meilleur souvenir.

A tous nos camarades d'étude et particulièrement aux docteurs Larue et Soncourt, nous adressons notre meilleur souvenir.

Et, avant de quitter ce pays si hospitalier, adressons une pensée émue à la France, qui fut pendant six ans notre patrie d'adoption.

INTRODUCTION

Dans les pages qui suivent, nous n'avons pas eu la prétention exagérée de faire une étude de la dystocie ; cette question a été maintes fois traitée par de plus compétents et de plus autorisés que nous. Nous avons seulement voulu mettre en parallèle, d'une part un bref exposé des notions que l'on possède actuellement sur la question, en insistant sur le diagnostic et le traitement, d'autre part les observations prises à la Maternité de Nancy pendant la période de 1879 à 1910 ; nous nous sommes largement inspirée de l'important travail de M. le professeur Herrgott : « Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement ».

Nous avons pu comparer ainsi les données théoriques avec les données de la clinique et en tirer des conclusions pratiques. Mais, il ne faut pas s'y tromper, et nous y insistons : la partie théorique est accessoire ; la partie clinique, loin d'être une simple illustration, constitue le fond même de notre modeste travail.

Nous nous proposons d'étudier uniquement les variétés de malformation par excès de volume partiel du fœtus que nous avons pu trouver dans les observations ; on ne nous fera pas le reproche d'avoir laissé de côté des questions telles que, par exemple, l'hydrocéphalie anencéphalique, l'excès de volume du ventre par tumeur solide, etc... ; ce sont des omissions volontaires.

Notre travail se divise en trois parties : dans la première, nous étudions la dystocie par excès de volume de la tête, l'hydrocéphalie. Dans la deuxième, nous nous occupons de la dystocie par excès de volume de l'abdomen que nous subdivisons ainsi :

1° Ascite.

2° Distension vésicale par rétention d'urine.

Enfin l'excès de volume du siège fera l'objet de notre troisième partie avec l'étude des tumeurs sacro-coccygiennes.

Dans chaque partie nous adopterons la division suivante :

I. — Historique.

II. — Etiologie et fréquence.

III. — Anatomie pathologique.

IV. — Symptômes et diagnostic.

V. — Marche de l'accouchement et observations.

VI. — Pronostic.

VII. — Traitement.

PREMIÈRE PARTIE

Dystocie par excès de volume de la tête.

La dystocie par excès de volume de la tête est généralement constituée par l'hydrocéphalie.

HYDROCÉPHALIE

On appelle *hydrocéphalie* toute accumulation anormale de liquide séreux à l'intérieur de la boîte crânienne.

Certains auteurs distinguent une *hydrocéphalie interne* et une *hydrocéphalie externe*, suivant que l'épanchement a son siège à l'intérieur ou à l'extérieur du crâne. CHASSINAT (1) a même décrit, sous le nom d'*hydrocéphalie mixte ou bâtarde* une combi-

(1) CHASSINAT, *De l'hydrocéphalie du fœtus* considérée comme obstacle à l'accouchement. *Gaz. Méd.*, Paris 1864, p. 442.

naison de ces deux formes. Mais d'après BUDIN et TISSIER (1), il n'y a pas d'hydrocéphalie externe, du moins primitive ; ces auteurs la considèrent comme secondaire à l'hydrocéphalie interne, celle-ci pouvant faire irruption au cours du travail à travers les os du crâne et former une poche supplémentaire sous le cuir chevelu.

I. — Historique

L'hydrocéphalie est restée à peu près inconnue jusqu'au commencement du XVIII^e siècle. La première mention de cette malformation ne remonte, en effet, qu'à 1704, époque à laquelle PEU (2) et DE LA MOTTE (3) prétendent l'avoir observée. Il est vrai qu'en 1675, WEPFER (de Bâle) en avait vu un cas ; mais il n'en avait pas donné connaissance à ses contemporains. En 1762, SALOMON NAUMANNUS fit paraître à Leipzig son ouvrage : « De partu difficili ex hydropi fœtus ». SMELLIE (4), en 1765, publie la première observation complète sur l'hydrocéphalie, observation où il raconte qu'il fit, avec la pointe de ses ciseaux, une perforation crânienne qui lui permit de terminer l'accouchement.

En 1796, BAUDELOQUE y consacre un court chapitre

(1) BUDIN et TISSIER. — *Traité d'accouchements*, t. IV, p. 20.

(2) PEU. — *La pratique des accouchements*, 1694.

(3) DE LA MOTTE. — *Traité complet des accouchements*.

(4) SMELLIE. — *Traité de la pratique de accouchements*, t. III, p. 1.

de son « Art des accouchements ». En 1827, DUGÈS lit à l'Académie de Médecine un mémoire sur les *Obstacles apportés à l'accouchement par une mauvaise conformation du fœtus*.

Puis, successivement, parurent les ouvrages de LEGOUX (1840), de MOREAU (1841), de VERDU (1846), de VAN HUEVEL (1848), de CAZEAUX (1855), de TARNIER (1) (1860), de JULIN (1863).

En 1864, CHASSINAT (2), d'Hyères, fit paraître dans la *Gazette Médicale* une étude remarquable sur l'hydrocéphalie. OUVRIER (3), en 1869, y consacre sa thèse inaugurale. Enfin, en 1878, nous trouvons une étude très complète de l'hydrocéphalie dans la thèse d'agrégation de M. le professeur A. HERRGOTT : *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement*. Cette question est à l'ordre du jour et, deux ans après, en 1880, POULLET eut à traiter, dans sa thèse d'agrégation : *De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement*.

Plus récemment nous avons les travaux de RIDET, de SCHUCHARD, de SERGENT (1897), de GUÉRIN-VALLEMANN (1901), de LE BOSSÉ (1903), de FLAMAND (1904).

A l'étranger, cette question fut surtout étudiée par SIMPSON, par KEITH et par d'ANGUS MAC DONALD en Angleterre, par FRITSCH et KLEBS en Allemagne.

(1) TARNIER. — Thèse de Paris 1860, p. 193.

(2) CHASSINAT. — *Loc. cit.*

(3) OUVRIER. — *De l'hydrocéphalie congénitale*, Thèse de Paris 1869, p. 9.

II. — Etiologie

Les causes de l'hydrocéphalie sont bien obscures. On a incriminé tour à tour, comme causes prédisposantes : l'âge avancé des parents, les habitudes alcooliques, les excès de coït, la consanguinité. Toutes ces accusations n'ont pour ainsi dire pas été justifiées.

On a invoqué, à plus juste titre, la *syphilis héréditaire*. FOURNIER, LANCEREAUX et bien d'autres ont trouvé souvent des antécédents syphilitiques (avortements) chez les mères d'hydrocéphales. D'autre part, les hydrocéphales présentent plus souvent que les autres enfants des accidents syphilitiques.

Mais il faut reconnaître qu'on a rencontré des hydrocéphales chez les parents desquels on n'a pu découvrir aucune trace de syphilis.

Dans les quatre observations d'hydrocéphalie que nous avons trouvées à la Maternité de Nancy nous n'avons relevé dans aucun cas d'antécédants spécifiques.

Fréquence. — L'hydrocéphalie est une monstruosité fœtale relativement fréquente. M^{me} LACHAPELLE en a rencontré 15 cas sur 43.553 accouchements, soit une proportion de 1 cas pour 2.904 accouchements.

Sur 4.666 accouchements observés à l'hôpital Guy, de Londres, de 1833 à 1840, J. W. LEVER n'a rencontré qu'un seul cas d'hydrocéphalie ayant nécessité la ponction.

MERRIMANN donne une proportion de 1 pour 900 ; MAC DONALD n'en a observé qu'une moyenne de 1 cas pour 3.000 accouchements.

KUCHER, à la Maternité de Vienne, en a vu 3 cas sur 12.000 accouchements. Sur un même nombre d'accouchements, SCHUCHARD, de Berlin, en a observé 16 cas, et à la Maternité de Lariboisière on n'en a observé, comme à Vienne, que 3 cas.

CHARPENTIER donne la proportion de 11 cas sur 3.000 accouchements ; PINARD, celle de 1 cas sur 4.600 ; LE BOSSÉ, celle de 1 sur 1.700 ; BERTINO, 1 sur 511.

A la Maternité de Nancy, sur 14.147 accouchements qui sont enregistrés de 1879 à 1910 inclus, on a observé quatre cas d'hydrocéphalie, ce qui donne 1 sur 3.537, chiffre qui se rapproche de la proportion indiquée par M^{me} LACHAPELLE.

Toutes ces statistiques, comme le font justement remarquer BUDIN et TISSIER, ayant été faites dans des Maternités, c'est-à-dire dans des établissements où se trouvent réunis la plupart des accouchements difficiles, avec un nombre relativement restreint d'accouchements normaux, donnent certainement une proportion d'hydrocéphalies plus élevée qu'elle ne l'est en réalité.

Quoi qu'il en soit, on admet généralement, en France, une proportion de 1 cas sur 3.000 accouchements.

III. — Anatomie pathologique

Nous nous bornerons à donner quelques notions sommaires pouvant avoir un intérêt au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous n'envisagerons que l'hydrocéphalie proprement dite.

La quantité du liquide épanché dans la cavité crânienne varie de quelques cuillerées à plusieurs litres. On cite même un cas où elle s'est élevée jusqu'à douze litres. Ce liquide, d'après CHASSINAT, siège, le plus souvent, dans les ventricules cérébraux qu'il distend, repoussant la substance cérébrale et la réduisant à l'état d'une feuille mince.

L'hydrocéphalie peut rester purement ventriculaire et n'occuper que le cerveau ; dans d'autres cas, il y a communication avec la moelle, elle se complique alors d'hydrorachis.

Le liquide, en s'accumulant, distend la cavité crânienne qui devient souvent asymétrique et produit l'écartement des os. Les espaces membraneux sont très élargis. Les sutures peuvent atteindre plusieurs centimètres de largeur. Les fontanelles sont aussi très agrandies. On a même noté l'existence d'une fontanelle supplémentaire, la fontanelle de Gerdy, située le long de la suture lambdoïde. Dans les espaces intermembraneux s'intercalent quelquefois des portions d'os isolés, semblables aux os wormiens.

A mesure que le liquide distend la boîte crânienne, l'épaisseur des os du crâne diminue et ces os peuvent

devenir si minces qu'ils donnent au toucher une sensation de crépitation parcheminée. Ce fait qui est considéré par les anciens auteurs comme la règle semblerait, d'après les observations de SERGENT (1), être plutôt l'exception. D'après cet auteur, les os sont plutôt bien développés, et sembleraient même quelquefois avoir une épaisseur supérieure à la normale.

L'aspect du fœtus hydrocéphalique est caractéristique. On est frappé surtout par le contraste formé par la face, — normalement développée, — qui est surmontée d'un crâne tout à fait disproportionné. Les frontaux font saillie en avant, les voûtes orbitaires sont déprimées, d'où diminution du diamètre vertical de ces cavités et l'exophtalmie. Les fosses temporales sont effacées et l'occiput déjeté en arrière.

L'augmentation de volume de la tête est proportionnelle à la quantité de liquide contenu dans les ventricules. SERGENT (2) considère que la circonférence moyenne du crâne dans les cas qui lui ont servi à tirer les conclusions de sa thèse était de 50 centimètres à peu près.

Le plus souvent, le tronc du fœtus est bien développé ; il est même plutôt volumineux, c'est dire qu'il n'a pas souffert du fait de la malformation.

Il n'est pas rare que d'autres malformations fœtales coexistent avec l'hydrocéphalie. L'une de celles qu'on rencontre le plus souvent est le spina-bifida. Nous donnons, plus loin, une observation

(1) SERGENT. — Thèse de Paris 1897, p. 48.

(2) SERGENT. — *Loc. cit.*, p. 20.

(Obs. II) où le spina-bifida coexiste avec l'hydrocéphalie. Dans ce cas, on peut souvent reconnaître la libre communication qui existe entre le liquide de cette dilatation des méninges rachidiennes, avec celui qui occupe les cavités ventriculaires du cerveau.

Un certain nombre d'autres malformations peuvent encore se rencontrer assez souvent chez les fœtus hydrocéphales, malformations telles que le bec-de-lièvre, le pied-bot, les doigts surnuméraires. Mais ces anomalies ne présentent pas d'intérêt au point de vue des difficultés de l'accouchement ; aussi nous ne nous y attarderons pas.

D'après DEPAUL (1), l'hydramnios compliquerait aussi, très souvent, l'hydrocéphalie.

IV. — Symptômes et Diagnostic

Nous allons d'abord étudier les symptômes et le diagnostic de l'hydrocéphalie pendant la grossesse ; nous les examinerons ensuite pendant le travail.

1° Diagnostic pendant la grossesse

En dehors des Maternités où toutes les femmes sont examinées méthodiquement, le diagnostic d'hydrocéphalie pendant la grossesse reste le plus sou-

(1) *Gaz. des Hôp.*, p. 127, 1873.

vent méconnu, car dans la plupart des cas l'attention n'est attirée par aucun symptôme.

Interrogatoire. — L'interrogatoire ne nous donnera aucun renseignement utile, si ce n'est dans des cas particuliers où la femme nous apprendra, par exemple, qu'elle a déjà mis au monde des hydrocéphales, comme dans le cas de J.-P. FRANCK, où la même femme a eu successivement sept enfants hydrocéphales. De tels antécédents peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Inspection. — L'inspection ne nous fera connaître que de très vagues signes de gêne circulatoire qui peuvent aussi bien tenir à d'autres causes, telles que l'hydramnios ou la grossesse gémellaire. On peut observer, par exemple, de l'œdème généralisé ou localisé à l'hypogastre ou à la région sus-pubienne ou aux membres inférieurs. Il peut y avoir aussi des phénomènes sympathiques très accusés, tels que dyspnée, vomissements opiniâtres, etc... Tous ces signes ne sont pas propres à l'hydrocéphalie ; d'ailleurs, ils font le plus souvent défaut.

Palper. — La palpation nous donnera des renseignements bien plus précis. L'inspection avait déjà attiré notre attention sur le volume parfois énorme du ventre. Par le palper, nous pouvons localiser à l'utérus cette exagération du volume.

En présence d'un utérus volumineux, nous devons penser à une grossesse gémellaire, à de l'hydramnios ou simplement à un gros enfant, ou enfin à une malformation fœtale.

Nous éliminerons facilement le diagnostic de grossesse gémellaire. Quant à l'hydramnios, il peut très bien masquer une hydrocéphalie, la coexistence des deux complications étant assez fréquente. A mesure que l'on se rapproche du terme, le diagnostic d'hydrocéphalie devient moins difficile. Distinguons deux cas, suivant qu'il s'agit d'une présentation du sommet ou d'une présentation du siège.

La présentation la plus fréquente est celle du sommet ; mais celle du siège, tout en étant plus rare, se voit cependant plus souvent que dans les accouchements de fœtus normaux ; au lieu d'une proportion de 95 p. 100 de présentations de la tête, on n'en trouve plus en effet que 80 p. 100.

Pour décrire les sensations données par le palper d'une tête hydrocéphale au détroit supérieur, nous empruntons le passage suivant au docteur VARNIER (1) : « En pratiquant le palper méthodique au cours du dernier mois ou au commencement du travail, nous sentirons, au-dessus du pubis, une tumeur dure, arrondie, très volumineuse, légèrement mobile d'un côté à l'autre, débordant considérablement le plan de la symphyse et déterminant une voussure hypogastrique parfois énorme.

« Après avoir constaté la présence de cette première tumeur, vous reconnaîtrez, au fond de la cavité utérine, l'autre extrémité de l'ovoïde fœtal, le siège. Pour vous assurer que c'est bien lui, cherchez, en

(1) VARNIER. — *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène d'enfance*, 1890.

déprimant la paroi abdominale, le plan résistant et continu du dos qui se continue sans ligne de démarcation, sans sillon, avec le pôle pelvien.

« Revenez à l'examen de la tête qui vous a paru volumineuse et débordante, plus ou moins résistante, suivant que les os du crâne sont plus ou moins ossifiés. La disproportion vous frappe plus encore maintenant que vous venez d'explorer le siège. Vos soupçons croissent ; mais ce n'est pas encore la certitude, et il vous la faut. Pour cela, il faut mesurer la tête à travers la paroi. Il n'est pas besoin, en effet, que la tête soit hydrocéphale pour donner la sensation volumineuse et débordante. Un excès de volume physiologique peut vous tromper. »

Si l'enfant se présente par le siège, le diagnostic devient beaucoup plus difficile, et la plupart des auteurs le regardent même comme impossible. M. PINARD (1), dans son *Traité du palper*, indique comment on peut arriver à faire le diagnostic : « Lorsque la tête, ayant un volume normal, est bien mobile et superficielle au fond de l'utérus, elle donne tout d'abord aux mains qui l'explorent, la sensation et l'idée d'un corps ayant un volume exagéré. Bien souvent, il faut, pour être définitivement fixé, ramener la tête au niveau du détroit supérieur, où l'exploration et l'appréciation sont beaucoup plus faciles et permettent de connaître aussi exactement que possible la vérité.

« En dehors de la sensation de volume, le palper

(1) PINARD. — *Traité palper abdominal*.

donnera la notion de consistance. Cette dernière n'est pas la même dans tous les cas. Tantôt la tête donne une sensation de résistance presque normale ; tantôt elle offre à la main la sensation d'une tumeur plus ou moins molle et fluctuante. Ces sensations différentes sont en rapport avec la quantité de liquide contenu dans la cavité crânienne et avec l'état d'ossification et de disjonction des os de sa paroi. »

D'après M. TARNIER un moyen pratique de reconnaître le volume exagéré de la tête fœtale serait de la mesurer avec le compas de Baudeloque à travers la paroi abdominale, dont on mesure l'épaisseur au moyen d'un pli. Ce procédé, d'après les expériences du docteur PERRET donne des renseignements assez exacts. M. Perret sur 15 cas dans lesquels il a employé cette méthode n'a pas eu d'erreur dans 7 cas, une erreur de 2 millimètres dans 3 cas, et de 1 millimètre dans 5 cas.

Auscultation. — L'auscultation, malgré la grande importance que BLot veut lui accorder, ne semble pas devoir être très utile. Pourtant, dans les cas de présentations du sommet, si l'on trouve le foyer maximum des bruits du cœur au milieu ou surtout au-dessus de l'ombilic, ce signe, combiné à ceux que nous a fournis le palper, peut permettre de penser qu'on se trouve en présence d'un fœtus hydrocéphale.

Toucher. — Le toucher nous permettra simplement de reconnaître que la présentation est très élevée, dans le cas de présentation de la tête. Il est bien évident que le toucher ne nous donnera aucun renseignement dans le cas de présentation du siège.

Pour les quatre cas qui nous occupent ici, ces femmes ne s'étant présentées à la Maternité qu'au moment de l'accouchement, le diagnostic ne pouvait être posé pendant la grossesse. Nous allons donc voir comment on reconnaît l'hydrocéphalie au moment du travail.

2° Diagnostic pendant le travail

Interrogatoire. — L'interrogatoire, pendant le travail, ne nous fournira pas beaucoup plus de renseignements que pendant la grossesse. Néanmoins SIMPSON estime que lorsqu'une femme, ayant déjà eu des grossesses normales, présente pour l'accouchement actuel des difficultés inaccoutumées, on doit penser à l'hydrocéphalie, surtout dans les présentations du siège, lorsque la tête dernière reste obstinément fixée au détroit supérieur.

Inspection. — L'aspect du ventre qui a déjà frappé pendant la grossesse attirera plus encore l'attention, surtout après la rupture de la poche des eaux, alors qu'on pourra éliminer en toute certitude l'hydramnios.

Palpation. — D'après M. PINARD, le palper peut déjà donner des renseignements très précis. Après l'écoulement des eaux, on pourra sentir, au-dessus du détroit supérieur, une tumeur dure, volumineuse, sur laquelle l'utérus se contracte fortement.

Les renseignements seront encore plus précis dans

le cas d'une tête dernière, retenue dans l'excavation après la sortie des membres inférieurs et du tronc. L'utérus est encore très gros et donne l'impression d'une poche volumineuse, distendue par du liquide.

Parfois la masse unique que l'on pourra sentir entre les mains dans l'intervalle des contractions sera prise pour une vessie distendue par l'urine ; le diagnostic est à faire aussi d'une tête hydrocéphale avec une tête refoulée en avant par un placenta inséré bas ; celle-ci en impose souvent pour une tête hydrocéphale.

Mais le palper peut être rendu très difficile par la tétanisation du muscle utérin et c'est pourquoi, malgré les perfectionnements apportés aux méthodes de palpation, nous allons insister sur les renseignements fournis par le toucher.

Toucher. — Nous avons ici deux cas à considérer :
A) *la présentation du sommet* et B) *la présentation du siège.*

A) S'agit-il d'une *présentation du sommet*, les membranes étant rompues, on pourra sentir sous le doigt par le toucher combiné au palper une tumeur liquide et fluctuante, devenant plus bombée au moment des contractions, mais restant encore tendue dans leur intervalle.

Cependant le toucher seul permettra souvent de faire le diagnostic. Si la tête est restée très haute dans l'excavation, le toucher digital sera insuffisant, et il faudra, sous anesthésie, pratiquer le toucher manuel profond.

Après la rupture de la poche des eaux, si la dilatation est peu avancée, les sensations seront encore vagues. Mais si la dilatation est complète, on pourra sentir une masse fluctuante faisant saillie à travers l'orifice utérin, ressemblant à une poche des eaux non rompue. La main qui explore trouvera une tête très volumineuse, des sutures très larges, des fontanelles considérablement agrandies ; on pourra aussi noter la présence de fontanelles supplémentaires. En déprimant ces fontanelles, on pourra percevoir de la fluctuation. Au dire de BAUDELOQUE, ces signes seraient « tellement apparents au toucher qu'ils ne peuvent être méconnus même des jeunes praticiens ».

On peut aussi noter une diminution de consistance des os et une sensation spéciale qu'on appelle crépitation parcheminée ; cette sensation, très rare d'ailleurs, n'a pas été notée dans nos observations.

Mais si la tête est ossifiée comme une tête normale, tous ces signes font défaut, sauf la fluctuation au niveau des fontanelles. Dans ces cas, en combinant le palper au toucher, on pourra toujours sentir entre les deux mains, une tête volumineuse.

B) Envisageons maintenant le cas de *présentation du siège*.

Le diagnostic considéré comme très délicat par certains auteurs, en particulier par DE LA TOURETTE, est loin de présenter, d'après BAUDELOQUE et d'autres, de sérieuses difficultés.

Si le travail subit un arrêt sur une tête dernière, le bassin n'étant pas rétréci, la grossesse étant simple et le col utérin n'étant pas contracté, cet arrêt ne peut

être causé que par un excès de volume de la tête ou par sa mauvaise orientation.

Dans ce cas, le *toucher manuel combiné au palper abdominal* peut permettre de reconnaître la présence, au détroit supérieur, d'une tête hydrocéphale présentant les caractères décrits plus haut.

La coexistence fréquente de l'hydrocéphalie avec d'autres malformations, notamment avec le spina-lifida fait que la constatation d'une de ces malformations dans le cas d'arrêt de la tête dernière doit faire penser à l'hydrocéphalie. Le diagnostic a été fait de cette façon dans un cas de BUDIN (1) ; on sera également orienté vers l'hypothèse d'une tête hydrocéphale si l'on trouve le fond de l'utérus très haut au-dessus de la symphyse.

Un dernier signe peut être fourni par l'écartement exagéré des branches du forceps qu'on vient d'appliquer, écartement qui est parfois tel que l'articulation est absolument impossible. C'est d'ailleurs un mauvais signe, car le forceps ne doit pas être appliqué sur la tête dernière.

EN RÉSUMÉ après avoir éliminé toutes les causes maternelles pouvant amener l'arrêt du travail, on en arrive à penser à l'hydrocéphalie ou à une seconde poche des eaux. On élimine l'hypothèse de poche des eaux si l'on arrive à reconnaître que la surface fluctuante est un cuir chevelu.

Dans la première observation que nous rapportons

(1) TARNIER et BADIN. — *Traité de l'art des accouchements* 1901, t. IV, p. 27.

plus loin, on verra que le diagnostic n'a pas été posé, mais l'hydrocéphalie n'a causé aucune dystocie.

Dans l'observation II, le diagnostic a été posé pendant le travail.

V. — Marche de l'accouchement et observations

Nous suivrons le même ordre que pour l'étude des symptômes, c'est-à-dire que nous envisagerons successivement la marche de l'accouchement dans la présentation du sommet et dans la présentation du siège.

1° Marche de l'accouchement dans la présentation du sommet

Lorsque l'hydrocéphalie n'est pas excessivement accentuée et qu'elle se présente chez une femme à bassin large, à parties molles très souples et si les contractions utérines sont énergiques, l'accouchement peut se faire normalement, si bien que dans certains cas le diagnostic n'est posé qu'après l'expulsion du fœtus.

C'est le cas de notre première observation.

OBSERVATION I

Hydrocéphalie. Présentation du sommet.

La nommée M...; ménagère, âgée de 20 ans, secondipare, entre à la Maternité, le 9 janvier 1910. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Première grossesse à 18 ans, terminée spontanément à terme par l'accouchement en présentation du sommet d'un enfant bien conformé ; élevé au biberon, il meurt de méningite à 9 mois.

Deuxième grossesse, actuelle ; dernières règles du 11 au 13 avril. Au cours de la grossesse, phénomènes sympathiques. Elle entre à la Maternité, le 9 janvier, à 10 heures du matin, ayant mal depuis la veille à 3 heures de l'après-midi.

A l'*inspection*, on constate un utérus remontant jusqu'au creux épigastrique, et dans la région sus-pubienne, une voussure faisant saillie en avant.

Le *palper* permet de se rendre compte que cette voussure est formée par une tête fœtale ; le dos est accessible à gauche et les battements sont perçus du même côté.

Au *toucher*, on constate que l'excavation est libre, le segment inférieur tendu, le col dirigé en arrière ; la femme accuse pendant la journée du 9 janvier quelques contractions douloureuses. Le 10, le segment inférieur bombe légèrement, le col s'ouvre, la femme perd un peu de liquide.

Le 11, la voussure formée par la tête fœtale a disparu ; par le toucher on trouve le segment inférieur qui bombe, le col ouvert comme 2 francs, se rapprochant du centre ; il existe une poche des eaux assez tendue, malgré un écoulement permanent de liquide.

Dans la soirée, les contractions deviennent plus énergiques ; le col est dilaté comme 5 francs. A 4 heures du matin la dilatation est complète, on rompt artificiellement les membranes ; la région qui s'engage donne la sensation d'une bosse sanguine considérable ; *on ne peut délimiter ni fontanelles ni sutures.*

La femme commence à pousser à 6 heures ; la tête apparaît à l'orifice vulvaire ; à 6 heures et demie, expulsion d'un enfant hydrocéphale du sexe masculin pesant 4150 grammes.

Dix minutes après, délivrance normale.

Placenta : 700 gr. ; cordon : 70 cm.

Dimensions de la tête :

S. O. M. : 18 cm. — S. O. F. : 14 cm.

O. M. : 17 cm. — Bi. T. : 10 cm.

O. F. : 15 cm. — Bi. P. : 12 cm.

S. O. B. : 12 cm. 5. — Circonférence frontale : 47 cm.

(*Registres de la Maternité de Nancy*).

Comme on vient de le voir, le diagnostic d'hydrocéphalie n'avait pas été fait.

Voyons pourtant si rien, chez cette femme, ne pouvait faire penser à l'hydrocéphalie.

On remarque d'abord, à l'inspection, un gros utérus, avec une *voussure sus-pubienne*, formée par la tête fœtale, comme nous l'apprend le palper. En touchant la femme, on trouve l'excavation libre et au détroit supérieur on peut sentir le segment inférieur tendu. Ajoutons que le travail, commencé dans l'après-midi du 8 janvier, ne s'est terminé que le 12 au matin.

Par conséquent, on pouvait penser à un obstacle apporté à l'accouchement, et, étant donné que la

femme avait un bassin normal et qu'on sentait au-dessus du détroit supérieur une grosse tête fœtale, on aurait pu songer à l'hydrocéphalie.

Le toucher avait-il donné des renseignements précis ? Après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, on a eu la sensation d'une *bosse séro-sanguine considérable*. Peut-on par le toucher distinguer une bosse séro-sanguine d'un crâne hydrocéphale ?

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la distinction est très difficile. CAZEAUX (1) conseille de déprimer fortement cette tuméfaction pour sentir, derrière, la surface crânienne. L'observation nous apprend que par ce moyen *on n'a pu sentir ni sutures ni fontanelles*. Par conséquent, le diagnostic d'hydrocéphalie était à peu près impossible et il est tout naturel qu'on ne l'ait pas porté, d'autant plus que l'accouchement, malgré son allure un peu lente, n'a pas été particulièrement difficile et que l'expulsion s'est faite spontanément.

Si l'on considère les dimensions de la tête, on doit s'étonner que l'accouchement se soit fait spontanément. On cite, il est vrai, d'assez nombreux cas où l'accouchement d'un hydrocéphale a été spontané, mais alors l'hydrocéphalie n'est pas en général très marquée, Il faut donc admettre que, dans le fait que nous venons de rapporter, toutes les conditions maternelles les plus favorables se trouvaient réunies. Il est regrettable que l'observation soit muette sur ce point.

(1) CAZEAUX. — *Art des accouchements*.

Dans l'observation suivante, le diagnostic n'avait pas non plus été exactement posé ; on avait pourtant constaté que l'enfant avait une tête volumineuse.

OBSERVATION II

Madame T..., ouvrière en chaussures, âgée de 19 ans, entre à la Maternité, le 9 mai 1902, pour sa première grossesse. Elle a été réglée à 16 ans ; ses règles régulières et abondantes duraient 8 jours, et l'obligeaient à se coucher les 3 ou 4 premiers jours. Elle avait aussi des douleurs dans la tête et les membres. Leucorrhée habituelle ; pas d'accidents spécifiques ni gonococciques. Dernières règles du 18 au 25 juillet. La femme éprouvait des étourdissements fréquents au début. Il y a 2 mois, elle a eu une grippe qui a duré trois semaines. Les deux derniers mois, elle avait de la céphalée, sa vue se troublait, et elle était sujette à des épistaxis.

Elle entre à la salle de travail, le 9 mai, à 11 heures du soir, ayant mal depuis la veille à une heure de l'après-midi. On constate une présentation du siège mode des fesses, mobile au détroit supérieur. Au fond de l'utérus et à gauche, on trouve la tête qui paraît *très volumineuse*. Les battements fœtaux sont perçus en haut et à gauche.

Au toucher, on trouve un col dilaté comme 2 francs et une poche des eaux volumineuse. A 5 heures et demie du matin, la dilatation est complète. Les membranes se rompent spontanément et à ce moment, le siège s'engage en SIGA. A 5 heures 40, la femme expulse un garçon qui pèse 2500 gr. Le dégagement se fait facilement.

On constate que l'enfant est atteint d'hydrocéphalie et

d'un spina-bifida rachidien qui s'est rompu pendant le travail. Il présente aussi un pied bot varus à droite.

Au moment de sa naissance, l'enfant avait des contractions dans les membres inférieurs ; il meurt le 11^e jour.

Délivrance normale. Placenta : 550 gr. Cordon : 59 cm. Déchirure du périnée ; 3 points de suture.

Diamètres de la tête :

S. O. M. : 14 cm. — S. O. B. : 10 cm.

O. M. : 13 cm. — Bi. T. : 8 cm. 5.

O. F. : 12 cm. 1/4. — Bi. P. : 9 cm. 3/4.

S. O. F. : 11 cm. — Circonférence : 37 cm.

(Registres de la Maternité de Nancy).

Nous trouvons ici la coexistence d'un spina-bifida rachidien avec l'hydrocéphalie, coexistence qui est relativement fréquente à tel point que M. BUDIN a porté dans une cas le diagnostic d'hydrocéphalie d'après la constatation d'un spina-bifida.

Les diamètres de la tête montrent que l'hydrocéphalie n'était pas très accentuée. D'autre part, l'enfant était petit (2.500 gr.). C'est ce qui explique que l'accouchement se soit effectué normalement.

Mais à côté de ces cas où l'accouchement est presque normal, il en est d'autres où le travail est beaucoup plus pénible, et où la femme ne parvient qu'après beaucoup de peine à expulser le fœtus.

Il est même des circonstances où l'accouchement est absolument impossible si l'accoucheur n'intervient pas. L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION III

Hydrocéphalie. Présentation du sommet. Tentatives infructueuses de forceps. Basiotripsie.

La nommée D..., multipare, âgée de 36 ans, est admise salle Saint-Alphonse, le 29 novembre 1897. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 18 ans ; époques régulières de 8 jours de durée.

Grossesses antérieures. — Elle a été neuf fois enceinte. Première grossesse à 22 ans : accouchement à terme d'un enfant vivant.

Deuxième grossesse à 24 ans, terminée par une fausse couche de 5 mois, à la suite d'une frayeur.

Huitième grossesse terminée par un accouchement à terme, en présentation du siège, qui s'est effectué normalement.

Tous les autres accouchements ont été normaux.

Suites de couches normales. La parturiente a nourri tous ses enfants au sein pendant 20 mois ; cinq enfants sont vivants et bien portants, trois sont morts en bas âge.

Grossesse actuelle (9^e) : dernières règles du 7 au 14 mars. Pas de troubles sympathiques ; elle a seulement toussé un peu les 15 derniers jours.

Le 27 novembre, à 8 heures du soir, en se mettant au lit, la femme a perdu tout à coup les eaux en grande abondance, n'éprouvant encore aucune douleur.

Les premières contractions douloureuses sont apparues le 28 au matin, vers 5 heures et demie. La femme entre à la Maternité, le 29, à 2 heures du matin.

Etat actuel. — Femme petite, mais squelette assez bien conformé. Pas d'œdème.

A l'examen de l'appareil circulatoire, on sent bien le pouls radial à droite, mais il est à peine perceptible à gauche ; de même au niveau de l'axillaire, de la sous-clavière et de la carotide. Pas de voussure précordiale, pas de frémissement ni de soulèvement de la paroi à ce niveau ; pas d'hypertrophie du cœur ni de souffle. Retard assez marqué du pouls sur la systole cardiaque. Glandes mammaires bien développées.

Ventre développé sans exagération ; palper impossible ; utérus contracté.

Inspection. — La partie inférieure de l'abdomen est volumineuse. Utérus en forme de violon. On croit à une réplétion de la vessie, mais le cathétérisme amène seulement quelques gouttes d'urine sanglante.

Au *toucher*, on trouve une présentation du sommet ; la suture sagittale est mal définie tant elle est large, distendue, transformée en vraie fontanelle.

Les os ont une certaine résistance ; on soupçonne se trouver en présence d'une hydrocéphalie, mais on n'a comme signes que la largeur des sutures ; on ne les constate qu'en les déprimant, car au simple toucher, à cause de la compression, la suture n'est pas tendue ; le doigt peut s'y insinuer.

On repousse la tête légèrement ; il s'écoule un flot de liquide amniotique non altéré, ne contenant pas de matière sébacée.

Ce fait permet de penser que l'enfant n'est pas mort. En présence de cet état de choses, on recommence l'auscultation. On trouve assez haut, à gauche et un peu en arrière, les battements du cœur fœtal.

Ils n'avaient pas été entendus auparavant parce qu'on les cherchait trop bas.

En présence de la lenteur du travail, on se décide à faire une application de forceps ; l'application de la deuxième

branche est difficile à cause du manque de plan résistant sur lequel puisse prendre appui la cuiller pour avoir une prise solide, et d'une saillie qui empêche de conduire la cuiller droite assez haut. On est frappé de ce fait que les branches du forceps sont écartées plus que normalement.

C'est alors que, sous l'influence des tractions, il se fait une tension considérable du côté de la partie saisie par le forceps. La tête s'allonge, mais, dans la profondeur, rien ne bouge. Il se produit subitement un bruit ; on s'arrête : le forceps avait dérapé.

On se décide à perforer le crâne de l'enfant ; le perforateur du basiotribe est introduit très facilement dans la cavité crânienne ; il s'écoule aussitôt une grande quantité de liquide analogue au liquide amniotique. Il ne s'écoule pas de matière cérébrale.

On applique les deux branches du basiotribe très facilement, mais on n'a saisi que la partie supérieure du crâne ; la base du crâne n'est pas broyée.

On fait une seconde application de l'instrument en allant plus profondément pour bien broyer la base. L'extraction se fait facilement ; c'est un garçon du poids de 3590 gr. Placenta : 500 gr.

Dimensions de la tête :

B. T. : 9 cm. 1/2.

B. P. : 10 cm.

O. F. : 16 cm.

Maximum : 16 cm. 1/2.

S. M. B. : 18 cm.

(Registres de la Maternité de Nancy).

Dans cette observation le diagnostic a été porté pendant le travail. Le ventre était volumineux, mais sans exagération. L'utérus était contracturé en

forme de violon. Cette circonstance s'explique par ce fait que la poche des eaux était rompue depuis deux jours sans que le travail soit bien avancé.

Le toucher qui, dans notre première observation, était gêné par une bosse séro-sanguine, est ici bien plus facile et donne un renseignement très intéressant, à savoir la très grande largeur de la suture sagittale.

Attirons aussi l'attention sur un autre signe très important : c'est le niveau auquel on a perçu les battements fœtaux. Ils s'entendaient dans une région si éloignée du centre normal qu'on ne les avait pas trouvés au cours d'un premier examen, alors qu'à ce moment on ne soupçonnait pas l'hydrocéphalie.

Dans cette observation les signes d'hydrocéphalie étaient assez nets, et le diagnostic pouvait être posé avec une certitude relative.

A ce moment on fait une application de forceps. Un nouveau renseignement est donné alors par l'écartement exagéré des branches du forceps, qui indique une tête très volumineuse. Cette application est d'ailleurs infructueuse et le forceps dérape. On est obligé de faire la perforation suivie de basiotripsie. Après quoi, l'extraction se fait sans difficulté.

Remarquons encore que la tête de ce fœtus est moins grosse que celle du fœtus de l'observation I. Malgré cela, l'accouchement, spontané dans le premier cas, a nécessité une basiotripsie dans le second. Est-ce parce que le bassin était moins large, les parties moins souples ? C'est probable, d'autant plus que

la femme non rachitique cependant était de petite taille.

Nous noterons encore que la rupture de la poche des eaux a été très précoce et que l'écoulement de liquide a été très abondant ; nous avons déjà dit la fréquente coexistence de l'hydramnios avec l'hydrocéphalie.

Remarquons enfin que cette femme, qui avait déjà eu huit grossesses, n'avait jamais mis au monde d'enfant hydrocéphale.

Dans cette observation *le fœtus seul a succombé*. C'est, en général, ce qui se passe quand le diagnostic est porté à temps et que l'intervention est assez hâtive.

Nous ne nous attarderons pas à envisager le cas où l'intervention est elle-même cause de désastres et où une application de forceps maladroite, accompagnée de tractions exagérées, fait éclater le segment inférieur ou entraîne des délabrements étendus des parties molles.

Mais il est des cas, — beaucoup plus rares aujourd'hui qu'autrefois, — où le diagnostic n'est pas porté et où l'accouchement, abandonné à lui-même, se termine d'une façon tragique. Tantôt la femme succombe par suite de l'épuisement causé par un travail de plusieurs jours ; tantôt sous l'influence de contractions très énergiques, poussant trop violemment la tête sur le segment inférieur, il se produit une déchirure de celui-ci, déchirure limitée au segment inférieur ou se prolongeant sur tout le corps utérin. C'est

là une complication le plus souvent mortelle. En voici un exemple :

OBSERVATION IV

(Communication faite à la Société de Médecine de Nancy, par M. le Professeur A. HERRGOTT, le 28 juin 1905).

Une femme qui avait déjà eu plusieurs accouchements normaux est apportée mourante à la Maternité, le 5 février 1905, à 2 heures du matin. Elle était en travail depuis 24 heures. On avait fait en ville une tentative infructueuse de forceps, et le médecin appelé, voyant la gravité de l'état de sa cliente, l'avait fait transporter à la Maternité.

A son arrivée, le col est à peine dilaté, le poulx imperceptible, la face pâle ; la parturiente accuse des violentes douleurs abdominales. Par la palpation, on sent une tumeur volumineuse qui déborde notablement la symphyse pubienne.

Pendant qu'on cherche le personnel du service, la malheureuse ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, faite par M. le Professeur HOCHÉ, on trouva une infiltration sanguine considérable, remontant jusqu'au diaphragme, et baignant la région péri-rénale.

L'utérus présentait une vaste déchirure transversale antérieure gauche (ainsi qu'on peut le voir sur notre planche I, très obligeamment communiquée par M. le Professeur HERRGOTT). L'utérus avait à ce niveau, une minceur extraordinaire. L'enfant présentait un degré accentué d'hydrocéphalie, qui avait empêché l'accouchement spontané.



PL. I. — RUPTURE UTÉRINE CONSÉCUTIVE A UNE SYSTOCIE PAR HYDROCÉPHALIE (Obs. IV)

A la suite de cette observation, M. le professeur A. HERRGOTT explique le mécanisme par lequel s'est produite la rupture utérine, mécanisme que nous venons de décrire ; il insiste ensuite sur l'importance qu'il y a à faire à temps le diagnostic d'hydrocéphalie en pareille circonstance. Une simple ponction, comme nous le verrons plus loin, peut faire disparaître l'obstacle.

Supposez que dans le cas malheureux de notre observation, le praticien ait fait ce simple geste, la mère eût été sauvée.

2° Marche de l'accouchement dans les présentations du siège

Les présentations du siège sont encore assez fréquentes dans l'hydrocéphalie. Comme nous n'en avons pas d'observation nous ne nous y attarderons pas. Les difficultés ne se présentent que lors de l'engagement de la tête dernière.

La tête se trouve arrêtée au détroit supérieur et grâce aux tractions, il peut se produire sur la paroi cranienne une fracture par où le liquide peut s'échapper et passer sous le cuir chevelu ; on a alors deux tumeurs en forme de gourde qui franchissent facilement le détroit supérieur. Le liquide peut encore passer par le trou occipital jusque dans le tronc, diminuant d'autant le volume de la tête.

Il est même des cas, où en tirant sur le tronc on a arraché la tête.

Mais tous ces accidents seront évités une fois qu'on aura posé le diagnostic, et qu'on se sera décidé à la seule intervention rationnelle.

VI. — Pronostic

Nous envisagerons successivement le pronostic pour l'enfant et le pronostic pour la mère.

A. — Pronostic fœtal

Il est très sombre. Dans les rares cas où le fœtus hydrocéphale a survécu, l'affection était très peu développée et n'apportait aucun obstacle à l'accouchement.

Mais pour peu que l'hydrocéphalie arrête le travail l'enfant est perdu, puisqu'on est obligé de le sacrifier pour sauver la mère. « On devra, dit CHASINAT, toujours considérer comme mort tout enfant affecté de cette maladie à *ce degré* ; et alors si la mère ne peut pas s'en débarrasser toute seule, on ne devra voir en lui qu'une masse inerte et sans vie, sur laquelle l'accoucheur même le plus timide et le plus scrupuleux ne devra jamais hésiter à porter la main. »

Tous les auteurs partagent cette manière de voir. La statistique de M. POULLET nous apprend en effet

que sur 60 fœtus hydrocéphales, six seulement ont dépassé l'âge de un an, sur lesquels un seul semblerait jouir de ses facultés. Il est donc évident que, dans ces conditions, le sacrifice du fœtus s'impose.

B. — Pronostic maternel

Au point de vue du pronostic maternel, nous distinguerons avec LE BOSSÉ (1) trois cas :

1° *L'accouchement est spontané* : cette éventualité survient d'après sa statistique dans 8 p. 100 des cas ; sur 15 cas où l'hydrocéphalie fut une cause réelle de dystocie, il compte 9 cas heureux où la tête est passée spontanément après issue du liquide ; mais cette évolution ne se faisait qu'au prix de cruelles souffrances. Dans les 6 cas malheureux, une fois la femme en fut quitte pour une fistule vésico-vaginale consécutive à une escarre produite par la compression de la tête pendant cinq jours de travail ; dans les 5 derniers cas, il y eut rupture utérine et mort de la femme.

2° *Il y a intervention médicale, mais le diagnostic n'est pas posé*. Sur 30 observations, 15 fois on se trouva en face de présentations du siège, et autant de fois de présentations du sommet ; dans celles-ci, le résultat fut une femme morte sur deux. En revanche, dans les 15 cas de présentation du siège, la mortalité est nulle. « Il nous semble, dit-il, qu'il y a là

(1) LE BOSSÉ. — *Loc. cit.*, p. 14.

plus qu'une coïncidence, et que la déplétion relative de l'utérus en rendant les ruptures utérines moins fréquentes, en est la principale cause. A cette cause, il faut en ajouter une autre. Les tractions faites sur le tronc ou les membres inférieurs pour extraire la tête dernière amenaient souvent une rupture du crâne ou de la colonne cervicale. Cette rupture était une porte ouverte au liquide céphalo-rachidien qui pouvait s'écouler et vider la tumeur céphalique. »

A ces 30 observations, il faut en ajouter 12 où le diagnostic fut fait trop tard. En résumé, sur 61 observations où le diagnostic ne fut pas fait, ou fait trop tard, il y eut mort de la mère dans 23 cas, soit une mortalité maternelle de 37,7 p. 100. La rupture utérine est la cause la plus fréquente.

3° *Intervention médicale après diagnostic posé.* 90 fois sur 150, le diagnostic fut posé assez tôt pour permettre une intervention efficace. A part un ou deux cas de mort par septicémie, aucun décès maternel n'a été noté. Cependant le pronostic n'est devenu absolument bénin qu'à la fin du siècle dernier ; cette amélioration du pronostic est due à la possibilité de faire un diagnostic précoce et à l'emploi de l'antisepsie ; il n'est pas besoin d'instruments très perfectionnés, on aura recours à ceux que l'on aura sous la main, trocars, ciseaux, etc...

VII. — Traitement

Nous ne dirons rien du traitement pendant *la grossesse*, parce qu'à ce moment on ne peut pas toujours savoir à coup sûr si l'enfant est hydrocéphale, et que les traitements préconisés semblent plutôt illusoires.

Bien plus important est le traitement au moment *du travail*. Mais il diffère suivant qu'on se trouve en face d'une présentation du sommet ou d'une présentation du siège.

Dans le cas de *présentation céphalique*, lorsqu'on a posé le diagnostic et qu'on est persuadé que l'accouchement ne pourra se faire spontanément, on doit intervenir immédiatement, surtout si des contractions utérines énergiques exercent une forte pression sur le segment inférieur.

Même si le col est complètement dilaté ou dilatable, et la tête pas trop volumineuse, on ne doit pas tenter une application de forceps, car dans la plupart des cas, comme cela s'est produit dans notre observation II, le forceps dérape.

La seule intervention, celle que l'on doit pratiquer lorsque le diagnostic est indiscutablement établi, c'est de faire la ponction crânienne, même sur un enfant vivant, car tout hydrocéphale, d'après CHASSINAT, doit être considéré, nous l'avons vu, comme mort.

On plongera un long trocart dans une suture de manière à permettre au liquide de s'évacuer. Si l'on

n'a pas de trocart à sa disposition on pratiquera la perforation au moyen d'un instrument piquant quelconque, tel que la pointe d'une branche de ciseaux. La tête, vidée de son contenu, s'effile, la dilatation se complète et l'expulsion peut se faire spontanément. Il est bien rare que l'on ait besoin de recourir au basiotribe.

Certains auteurs, dans l'espoir d'amener un enfant vivant, recommandent de faire une ponction avec un trocart de petit calibre, qui permettra l'écoulement aussi facile du liquide.

« Sans doute, dit M. le professeur HERRGOTT (1), l'accoucheur ne devra pas fonder de grandes espérances sur la viabilité d'un pareil fœtus ; mais il pourra espérer amener un enfant vivant, bien qu'incapable de survivre, ce qui, dans certaines circonstances, peut être d'une grande importance au point de vue médico-légal. »

Dans le cas de *présentation du siège*, on devra recourir au *procédé de Van Huevel-Tarnier* pour l'extraction de la tête dernière. Lorsque le tronc du fœtus est sorti des parties génitales de la mère, on pratique à la colonne vertébrale une ouverture par laquelle on introduit une sonde molle qu'on pousse, sur un mandrin, dans le canal rachidien jusqu'au cerveau. Le liquide hydrocéphalique peut alors s'écouler et la tête, diminuée de volume, peut être amenée au dehors par des tractions modérées.

Dans le cas où, pour une raison quelconque, on ne

(1) A. HERRGOTT. — *Loc. cit.*, p. 80.

pourrait appliquer ce procédé très élégant et tout à fait inoffensif pour les parties maternelles, on pourrait introduire sur la main gauche guide, un perforateur qu'on pousserait à l'intérieur du crâne, au niveau de la nuque, de l'apophyse mastoïde, de l'orbite ou encore à travers la cavité buccale en traversant la voûte palatine.

On peut encore sectionner le cou.

Mais ce sont là des procédés anciens qui ont tous cédé le pas au procédé de Van Huevel perfectionné par Tarnier.

DEUXIÈME PARTIE

Dystocie par excès de volume de l'abdomen

CHAPITRE PREMIER

ASCITE

I. — Historique

GUILLEMEAU, qui consacre à cette question quelques pages de son traité, *Grossesse et accouchement des femmes* (1621), semble être le premier qui se soit occupé de cette question.

MAURICEAU (1), en 1681, reprend ce sujet ; DE LA MOTTE (2), en 1765, rapporte plusieurs observations d'ascite, dont quelques-unes déjà bien détaillées ; GALETTI (3), en 1778, PORTAL, en 1785, ne se sont guère occupés que du traitement. BARBAUT conseille la ponction avec le doigt, et BAUDELOQUE (4), qui considère cette dystocie comme très rare, font remarquer la moindre difficulté du diagnostic dans le cas de présentation du siège.

Ce n'est qu'en 1825 qu'on trouve une première description d'autopsie un peu sérieuse ; elle est due à LAMOUREUX (5). Après lui, les recherches anatomo-pathologiques se multiplient, et successivement MOREAU (1828), PETIT-MENGIN (1833), CADE (1835), SEULEN (1835), TRENEL (1837) et KYLL (1839) rapportent les lésions les plus variées révélées par leurs autopsies.

SIMPSON (6), en 1838, essaie déjà de donner quelques vues sur l'étiologie de l'ascite fœtale. DEPAUL, dans son mémoire sur la *Rétention de l'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, considérée comme cause de dystocie*, traite de l'ascite comme d'une complication de la rétention d'urine chez le fœtus. Puis, en 1850, c'est HOHL qui fait une place à l'ascite dans son ouvrage *Le nouveau-né en état de souff-*

(1) MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses.*

(2) DE LA MOTTE. — *Traité des accouchements*, t. II.

(3) GALETTI. — *Journal de médecine chirurgicale.*

(4) BAUDELOQUE. — *Traité pratique des accouchements.*

(5) LAMOUREUX. — *Nouvelle bibliothèque médicale.*

(6) SIMPSON. — *Mémoire sur la péritonite fœtale*, 1838.

france ou de mort. Ensuite CARPENTIER (1853), JULIN (1863), ROBERT (1) (1870) étudient particulièrement l'ascite en tant que cause de dystocie. Mais il faut arriver à 1878 pour trouver, dans la thèse d'agrégation de M. A. HERRGOTT (2), une étude claire et détaillée de la question.

VAN GELDER (1879) et POIRIER DE NARÇAY (1884) étudient tout particulièrement la pathogénie de l'ascite sans pouvoir s'accorder sur cette question.

Citons enfin PORAK, en France (1885), et TRUZZI, en Italie, et l'étude de DEMELIN, dans le *Journal des Praticiens*, de 1898.

II. — Etiologie

Moins encore que pour l'hydrocéphalie, on possède sur l'étiologie de l'ascite fœtale des notions précises.

On a incriminé beaucoup de causes. Les uns ont accusé l'inflammation primitive du péritoine ou une irritation de la séreuse secondaire à la distension vésicale par rétention d'urine ; les autres voyaient dans la stase veineuse la principale coupable.

Comme causes maternelles on a invoqué les dyscrasies sanguines, les cachexies, les anémies organiques, les cardiopathies (Angelby), le paludisme (Trenel), la tuberculose et surtout la SYPHILIS. Elle

(1) ROBERT. — Thèse de Strasbourg, *de l'ascite du fœtus*.

(2) Ouvrage cité, p. 134 et suiv.

agit dans ce cas, probablement par l'intermédiaire de lésions hépatiques et péritonéales, comme c'est le cas dans notre observation VII.

Fréquence. — Sur 14.147 accouchements, on a observé à la Maternité de Nancy 8 cas d'ascite, ce qui donne une proportion de 1 pour 1.800 en moyenne. Sur ces 8 cas, l'ascite a été, deux fois seulement, assez prononcée pour être cause de dystocie.

III. — Anatomie pathologique

« L'ascite n'est qu'un syndrome, dit ANGELBY (1) ; ce n'est point là une entité morbide ayant son existence propre, son évolution distincte, sa physionomie personnelle, et rien ne le prouve mieux que la multiplicité et la variété des lésions qui l'accompagnent chez le fœtus. »

A la vue d'un fœtus ascitique, on est frappé par *le volume souvent tout à fait disproportionné du ventre*, qui peut présenter à sa surface différentes lésions cutanées, telles qu'une exfoliation épidermique, des traces de macération, des exanthèmes syphilitiques, des œdèmes sous-cutanés plus ou moins généralisés. On verra, dans notre observation XI, que la peau ne recouvrait pas complètement l'abdomen, mais s'arrêtait brusquement environ à 6 centimètres de l'insertion du cordon et qu'à partir de cet endroit la peau était remplacée par une membrane transparente.

(1) ANGELBY. — Thèse de Paris, 1887, p. 77.

Cet aspect de l'abdomen est d'autant plus frappant que tout le reste du corps fœtal semble s'être arrêté dans son développement. La tête est rapetissée, les membres sont grêles et chétifs. Nous ne saurions mieux caractériser cet aspect général de ces fœtus qu'en disant d'eux qu'ils sont *tout en ventre*.

La quantité de liquide contenu dans l'abdomen est extrêmement variable, allant de 100 à 200 grammes jusqu'à plusieurs litres ; MAURICEAU rapporte un cas où il y avait 5 litres de liquide.

Ce liquide a ordinairement une coloration d'un jaune plus ou moins accentué ; c'est un liquide d'ascite vulgaire. Il se compose d'eau, d'albumine, d'urée et de sels. Il contient parfois des fausses membranes et peut même être teinté en rouge par une hémorragie ou la transsudation de l'hémoglobine.

M. le professeur A. HERRGOTT rapporte une observation où le liquide, au lieu de se trouver dans la cavité péritonéale, était enkysté dans une sorte de poche formée par un repli du grand épiploon (1).

Le *péritoine* a généralement un aspect blanchâtre, comme lavé. Parfois il est épaissi, couvert de fausses membranes, ou bien congestionné, ecchymotique.

Le *foie et la rate* sont souvent augmentés de volume et présentent des modifications profondes, tant dans leur consistance et leur aspect que dans leur structure intime.

Les *anses intestinales* sont refoulées par le liquide dans la partie supérieure de la cavité abdominale ;

(1) *Loc. cit.*, observ. XLIV.

on les y trouve atrophiées et unies par des adhérences entre elles et avec les organes voisins.

Les *reins* présentent les altérations les plus variées, allant de la congestion simple à la prolifération interstitielle et aux dégénérescences kystiques ou épithéliales. On y trouve aussi parfois des gommes syphilitiques et de l'hydronéphrose. La vessie peut être le siège d'une accumulation d'urine que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Les *poumons*, le plus souvent normaux, offrent parfois des lésions de pneumonie syphilitique. Les plèvres sont souvent couvertes d'ecchymoses et peuvent renfermer une quantité variable de liquide de même nature que celui de la cavité péritonéale. On trouve aussi quelquefois du liquide dans le péricarde.

Signalons enfin la coexistence fréquente avec l'ascite, d'autres malformations fœtales telles que l'hydramnios, le bec-de-lièvre, la gueule-de-loup, la dystrophie des oreilles (Apert), la syndactylie, etc.

Le placenta est souvent hypertrophié ; dans notre observation VIII il pesait 1.600 gr. ; DEMELIN rapporte un cas où il pesait 2.650 grammes.

IV. — Symptômes et Diagnostic

Pendant la grossesse l'ascite passe le plus souvent tout à fait inaperçue. Mais dans un certain nombre de cas, le ventre de la mère prend un développement considérable, d'autant plus que l'ascite se

complique fréquemment d'hydramnios. Ce développement exagéré du ventre peut amener différents troubles fonctionnels : varices, infiltration des membres inférieurs, œdème de la paroi abdominale, lassitude, essoufflement, dyspnée, vomissements, douleurs épigastriques, constipation.

On a noté aussi la disparition des mouvements actifs et passifs du fœtus — ces mouvements peuvent persister dans le cas d'hydramnios — et même la disparition des bruits du cœur fœtal.

Tous ces signes, on le voit, n'ont aucune valeur diagnostique ; on sera toujours hésitant entre l'ascite fœtale, la môle hydatiforme et l'hydramnios ; tout au plus pourra-t-on avoir quelques présomptions.

Pendant le travail, les symptômes sont-ils plus nets ? On remarquera d'abord que l'accouchement est souvent prématuré. Sur huit observations que nous rapportons ici (observations (V à XII), les femmes accouchent sept fois prématurément (observations VI à XII).

D'autre part, le travail est très long ; malgré l'écoulement des eaux, le ventre reste gros et la présentation ne s'engage pas ou s'engage à peine.

S'il s'agit d'une *présentation du sommet*, le diagnostic est difficile. Après avoir éliminé toutes les causes de dystocie maternelle (rétrécissements du bassin, atrésie des parties molles, anomalies des contractions utérines), il ne reste plus qu'à reconnaître si l'on se trouve en présence d'une brièveté du

cordon, ou d'un excès de volume total ou partiel du fœtus. Lorsque la tête n'est pas engagée, et que l'utérus n'est pas en état de contracture, on peut, *par le toucher manuel profond*, reconnaître que l'obstacle est causé par le volume considérable de l'abdomen du fœtus, ce que le palper avait déjà pu nous faire soupçonner.

Si la tête sort des parties génitales (1), soit spontanément, soit plutôt — comme c'est le cas le plus fréquent — amenée par le forceps, et que l'accouchement s'arrête, on doit penser à une dystocie du tronc, et chercher *au moyen du toucher manuel profond*, à reconnaître la nature de l'obstacle. La main peut alors sentir l'abdomen du fœtus plus ou moins volumineux, se rendre compte de sa consistance et apprécier les proportions relatives du ventre et de la filière pelvienne.

Si *l'enfant se présente par le siège*, les difficultés du diagnostic sont un peu moindres. Le travail n'avance pas ; le fœtus ne s'engage pas. *Dans ce cas, le toucher manuel profond est plus facile*, et permet de sentir une tumeur fluctuante située à la face antérieure du fœtus, et qu'on peut reconnaître pour être l'abdomen distendu par du liquide. Le diagnostic est facilité si l'on trouve un scrotum distendu par la sérosité abdominale.

(1) Et ce n'est généralement qu'à ce moment que le diagnostic peut être posé.

V. — Marche de l'accouchement et observations

La marche de l'accouchement dépend, bien entendu, du degré de l'ascite. Dans les cas — et ils sont relativement très nombreux — où l'ascite n'est pas assez prononcée pour devenir une cause de dystocie, l'accouchement sera normal ou à peu près normal ; c'est ce qui s'est passé dans nos observations V, VI et VII.

OBSERVATION V

Madame G..., âgée de 24 ans, tisserande, entre à la Maternité, le 23 août 1907, pour sa troisième grossesse. Elle a été réglée à 16 ans ; ses règles régulières duraient 4 jours.

Première grossesse : accouchement à terme d'un enfant bien portant. Deuxième grossesse terminée par un avortement de 6 mois. Troisième grossesse actuelle.

Dernières règles du 1^{er} au 5 novembre ; pas de phénomènes sympathiques. Elle entre à la salle de travail, le 23 août, à 2 heures du soir, ayant perdu du sang en assez grande quantité. Les douleurs ont commencé le 24 août, à 4 heures du soir, et l'accouchement se termine à minuit. On constate à la vulve des syphilides secondaires. L'enfant présente de l'ascite et des bulles de pemphigus à la face palmaire des deux mains. L'épiderme des surfaces plantaires est complètement désquamé. L'enfant succombe une demi-heure après l'accouchement.

(Registres de la Maternité de Nancy).

OBSERVATION VI

La nommée R..., âgée de 20 ans, tailleuse, entre à la Maternité, le 21 juillet 1902, pour sa première grossesse. Elle a marché à 13 mois ; elle a été réglée à 14 ans ; règles régulières abondantes de 5 à 6 jours de durée.

Dernières règles du 22 au 27 novembre. Elle était entrée au service des maladies cutanées et vénériennes, le 14 juin dans la section des spontanées. Depuis trois mois déjà, elle avait de l'œdème de la vulve. Quelques jours avant son entrée, elle avait commencé à perdre en jaune ; mais elle n'a jamais eu de douleur à la miction.

Elle fut soumise au traitement suivant : injections vaginales quotidiennes au permanganate et frictions mercurielles pendant un mois. Pléiade ganglionnaire à droite.

Elle entre à la salle de travail, le 21 juillet, à 4 heures du matin, ayant perdu les eaux depuis la veille, à 3 heures du matin et ayant de petites douleurs.

On constate une présentation du sommet engagée en OIDP ; l'enfant est vivant. Au toucher on sent un col dilaté comme une pièce de 1 franc. A 3 heures et demie, la dilatation est complète, et à 5 heures, la parturiente expulse un enfant du sexe féminin pesant 2050 grammes ; l'enfant présentait de l'ascite.

La sortie du fœtus est suivie d'un écoulement de sang d'environ un demi litre, écoulement qui cesse aussitôt après la sortie du placenta qui pesait 1100 gr. Cordon : 60 cm.

L'enfant a succombé le lendemain.

(Registres de la Maternité de Nancy).

OBSERVATION VII

Madame Sch..., entre le 26 août à la Maternité. C'est une secundipare, âgée de 20 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédants. Réglée depuis l'âge de 16 ans, elle a des époques peu abondantes et douloureuses avec d'abondantes pertes blanches intermenstruelles.

Sa première grossesse, à 19 ans, s'est terminée à la Maternité par l'accouchement, à 8 mois, d'un enfant mort-né.

Deuxième grossesse, actuelle. Dernières règles du 22 au 27 janvier. Elle entre à la Maternité, le 26 août, à 5 heures et demie du matin, avec une tête engagée en OIDP. Les battements fœtaux sont vaguement perçus à droite. Le col est dilaté comme une pièce de 5 francs. A 9 heures, la dilatation est complète et on rompt artificiellement les membranes. A 9 heures et demie, la femme expulse un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 2700 grammes, qui est suivi d'une grande quantité de liquide. Cinq minutes après délivrance normale. Placenta : 550 gr. Cordon ; 55 cm.

L'enfant succombe peu après son expulsion. Il présentait une ascite considérable et, à l'autopsie, on trouve un *foie syphilitique*, avec cirrhose atrophique de toute la partie inférieure du lobe droit. Suites de couches normales.

(*Registres de la Maternité de Nancy*).

Dans ces trois observations, il s'agit donc de fœtus présentant de l'ascite à un degré plus ou moins prononcé, mais jamais assez pour pouvoir apporter une gêne quelconque à l'accouchement.

Nous avons là trois cas de *syphilis avérée* : dans l'observation V, la mère présente des accidents spécifiques ainsi que le fœtus ; nous n'avons pas de renseignements sur le placenta ;

Dans l'observation VI, la mère est syphilitique ; elle accouche d'un fœtus très probablement aussi syphilitique ; le placenta est volumineux ;

Enfin, dans notre observation VII, on ne relève pas d'antécédents chez la mère, mais le placenta pèse 1.100 grammes et surtout le fœtus dont on a fait l'autopsie a été trouvé porteur d'une hépatite syphilitique ; on peut donc conclure que dans ces trois cas l'ascite était d'origine syphilitique.

Remarquons encore que deux accouchements se sont produits avant terme et que, dans les trois cas, les enfants ont succombé peu de temps après l'accouchement. Dans l'observation VII, l'expulsion du fœtus a été précédée et suivie de l'écoulement d'une grande quantité de liquide ; on a noté, en effet, que l'ascite s'accompagne assez souvent d'hydamnios.

Notons enfin que, dans ces trois observations, le diagnostic n'a été fait qu'après l'accouchement, car rien, dans l'examen de la femme, ni dans la marche du travail ne pouvait faire penser à une maladie fœtale.

Mais il est des cas où l'ascite peut apporter une gêne réelle à l'accouchement comme c'est le cas pour l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

Madame W..., âgée de 39 ans, entre à la Maternité, le 14 juin 1901. Elle a marché à 8 mois et a été réglée à 15 ans, régulièrement. Leucorrhée habituelle ; on n'a pas trouvé de maladie antérieure ni d'antécédents spécifiques nets ; on note seulement qu'elle a perdu ses cheveux à 26 ans, et qu'à ce moment, elle a eu une céphalée qui a persisté pendant 3 mois.

Elle s'est mariée à 31 ans ; son mari avait eu des éruptions cutanées.

Elle a eu sa première grossesse à 32 ans, et elle a accouché à 8 mois d'un enfant vivant qui a succombé au bout d'un mois, à une entérite, sans avoir jamais présenté de lésions cutanées.

La deuxième grossesse, survenue l'année suivante, s'est terminée par un avortement à 4 mois et demi.

Puis elle a eu successivement trois grossesses à un an d'intervalle, se terminant toutes par des *avortements à 6 mois d'enfants macérés*.

La sixième grossesse est la grossesse actuelle ; dernières règles, le 6 octobre. Douleurs fréquentes dans le dos et dans les membres inférieurs ; ces douleurs qui survenaient surtout le soir et s'observaient depuis deux mois environ, avaient disparu deux jours avant l'accouchement ; on n'a pas observé d'œdème.

Elle a toujours senti remuer son enfant jusqu'au 11 juin, et depuis, elle n'a plus rien éprouvé ; pas de modifications du côté des seins ni du côté de l'abdomen.

Les douleurs ont commencé, le 13 juin, à 8 heures du soir ; elle entre à la Maternité, le 14 juin, à 7 heures 3/4 du matin. On ne constate rien à la palpation ni à l'auscul-

tation. Au toucher, on reconnaît une présentation du sommet. La dilatation est complète, la poche des eaux volumineuse, remplit le vagin, on la rompt et le col se referme en partie ; on donne un gramme de sulfate de quinine. A 8 heures 3/4, la dilatation est de nouveau complète. A 9 heures, la femme pousse, la tête sort, puis, malgré les tractions, le fœtus ne descend pas. On est obligé d'aller chercher le bras postérieur et on l'engage fortement ; on fait encore quelques tractions, et on extrait un fœtus macéré, du sexe masculin, qui pèse 3000 grammes et présente une ascite considérable.

Délivrance normale. Placenta : 650 gr. Cordon : 40 cm. Injection intra-utérine iodée ; suites de couches normales.

(Registres de la Maternité de Nancy).

Dans les antécédants de cette femme, nous trouvons 4 avortements avec 3 fœtus macérés. Ce fait, joint à la céphalée persistante et à la chute des cheveux, donne quelques présomptions en faveur de la syphilis.

La dernière grossesse se termine à 8 mois par l'expulsion d'un fœtus présentant un gros ventre. De plus, ce fœtus était macéré et semblait avoir succombé trois jours avant l'accouchement, puisque à partir de cette date, la mère n'avait plus senti remuer.

Cette observation diffère des précédentes par ce fait que l'accouchement présentait déjà quelque difficulté. Comme l'arrêt du travail a suivi la sortie de la tête, nous sommes en droit de conclure que l'obstacle était causé par le développement exagéré du

ventre. L'observation signale simplement la présence d'ascite, sans nous donner d'autre indication anatomo-pathologique.

Dans l'observation suivante, il semble que l'ascite fût encore plus accentuée et ait apporté une gêne plus considérable à l'accouchement. En raison de sa longueur, nous la résumerons en partie, en donnant toutefois *in-extenso* les détails intéressants :

OBSERVATION IX

(Publiée par M. Paul PARISOT, dans la *Revue Médicale de l'Est*, 1892. N° 23).

Dystocie fœtale causée par une ascite abdominale. Forceps.

Il s'agit d'une femme, âgée de 26 ans, qui vient à la Maternité pour sa troisième grossesse.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. Règles régulières peu abondantes de 4 jours de durée.

A chaque grossesse, la paternité a été différente. A 20 ans, accouchement normal d'un garçon bien portant ; suites de couches normales.

Quatre ans plus tard, deuxième grossesse ; accouchement de deux garçons, dont l'un est mort immédiatement après l'accouchement ; l'autre a vécu encore trois mois ; suites de couches normales.

Troisième grossesse, actuelle ; dernières règles, le 17 mars. Dans le courant d'avril, adénopathie biinguinale

d'origine spécifique ; vers la même époque, chute abondante des cheveux.

Le 14 octobre, la parturiente perdit du sang ; cet écoulement persista deux jours.

Entrée en travail à la Maternité, le 23 octobre, à 5 heures et demie du soir, elle accouche à 6 heures et demie, au moyen du forceps Tarnier, d'un fœtus du sexe féminin qui ne tarde pas à succomber.

A son entrée, l'utérus, de forme globuleuse, n'est pas en rapport, par son volume avec l'âge de la grossesse qui serait de 7 mois environ.

Par le *palper*, on a une sensation d'empâtement général au milieu duquel on perçoit difficilement les petites parties.

Par l'*auscultation* on perçoit les bruits du cœur à gauche, bien frappés.

Enfin, par le *toucher*, on sent : le col effacé et dilaté plus que 5 francs, les membranes intactes (poche plate), la tête engagée fortement, molle et petite, la petite fontanelle à gauche et en avant.

La poche des eaux, rompue spontanément, laisse écouler une petite quantité de liquide amniotique. Trois quarts d'heure environ après son entrée, comme le travail ne faisait pas de progrès et que les contractions assez intenses jusqu'alors se ralentissaient, nous nous décidons à terminer l'accouchement par une application de forceps.

La femme est placée en position obstétricale ; l'introduction et l'articulation des branches fut facile (application directe quant à la tête) et on amena, sans effort, la tête à la vulve.

Les branches furent enlevées ; les épaules se présentant transversalement, on a dû, pour aider au dégagement du tronc, effectuer avec la main leur mouvement de rotation.

Les tractions qu'il fallut exercer sur la tête pour terminer l'accouchement, furent énergiques et prolongées en raison de la résistance opposée par le volume du tronc.

L'expulsion de l'enfant modifiant peu le volume du ventre, on songe à l'existence d'un deuxième œuf ; introduisant alors la main, on constata non pas la présence d'une seconde poche des eaux, mais celle d'un volumineux placenta qui s'engageait dans l'orifice utérin.

Après quelques minutes d'attente, on procéda à la délivrance. Pour cela on combina la pression sur le fond de l'utérus à la traction sur le cordon ; mais sentant que ce dernier avait une tendance à céder, on renonça à ces tentatives et on alla saisir directement avec la main, la portion du placenta qui s'engageait, on l'amena à la vulve et on termina la délivrance par expression. On retira ainsi un placenta qui présentait les caractères suivants :

Poids : 1600 gr.

Longueur : 26 cm.

Largeur : 21 cm.

Épaisseur : de 4 à 5 cm.

D'aspect dégénéré et de consistance granulo-graisseuse, ce placenta était constitué par des cotylédons volumineux, distincts, séparés les uns des autres par des sillons de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de profondeur.

Du sexe féminin, le fœtus pèse 2400 grammes et mesure 37 centimètres de longueur. La tête présente les diamètres suivants :

S. O. M. : 10 cm. — Bi. T. : 6 cm 5.

O. M. : 9 cm. 5. — S. O. B. : 8 cm.

O. F. : 8 cm. — M. C. : 25 cm.

Bi. P. : 7 cm.

L'abdomen mesure 45 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; on en retire, au moyen de la ponction, 240 grammes d'un liquide rougeâtre, de densité 1,014.

Pour bien se rendre compte de la dystocie, il était nécessaire d'avoir une idée de la filière pelvienne traversée par le fœtus.

Les diamètres externes sont :

Bicrête : 27 cm.

Biépine : 26 cm.

Ant-post. : 19 cm. 5.

Ischio-crête : 20 cm.

La femme avait donc un bassin qui, par sa constitution, ne devait pas mettre obstacle au passage d'un fœtus normal, fût-il même volumineux.

Si, d'autre part, nous tenons compte de ce fait que la circonférence de l'abdomen avait 45 centimètres, ce qui représente environ un diamètre de 15 centimètres, on peut se demander comment la résistance offerte par le tronc du fœtus ait nécessité des efforts tels qu'une déchirure des téguments s'ensuivit.

Une vessie pleine d'eau est incompressible ; ce qu'elle perd d'un côté, elle le regagne de l'autre, voilà ce qui explique comment la cavité abdominale du fœtus distendue par 240 grammes de liquide, n'ayant pu se prêter que très difficilement à la filière pelvienne, l'obstacle qu'elle a offert était en réalité beaucoup plus considérable qu'il ne semblait l'être au premier abord.

D'ailleurs, l'infiltration prononcée des téguments du fœtus, en les rendant plus friables a contribué pour une large part à la production de cet accident.

La tête du fœtus était petite, le bassin de la mère était large et, pourtant, l'accouchement ne se faisait pas, puisque, pour le terminer, on a dû recourir au forceps. Nous pouvons donc conclure qu'en général quand le fœtus présente une petite tête, que le bassin de la mère est bien conformé, que les contractions utérines sont énergiques,

et que le travail ne fait pas de progrès, la cause de dystocie réside dans le tronc du fœtus.

Il nous reste maintenant à rechercher la cause des lésions présentées par le fœtus.

La vessie était vide ; les organes génito-urinaires ne présentaient rien d'anormal, le liquide retiré par la ponction était dû *uniquement* à de l'ascite.

Au nombre des causes de l'ascite invoquées par le docteur Angelby (1), nous trouvons au premier rang et comme étant la plus probable : *la syphilis*.

C'est guidé par cette idée que nous avons recherché les traces de cette diathèse dans les organes du fœtus.

Le *foie* pèse 190 gr., ce qui est au-dessus de la normale ; à la coupe l'organe présente une teinte jaune-brun, semblable à celle de certains silex ; la surface est parsemée de petits points rougeâtres.

La *rate* pèse 60 gr., au lieu de 8 gr. 50, chiffre normal.

Le *rein* droit pèse 30 gr., le gauche 25 gr., au lieu de 11 gr., poids d'un rein de fœtus à terme. A la coupe, les reins ont un aspect blanchâtre, et les pyramides de Malpighi sont plus étroites que les colonnes de Bertin qui semblent être augmentées de volume.

Le *cœur*, de consistance très molle, pèse 40 gr., au lieu de 15 à 20 gr. normalement.

A part un certain degré de ramollissement, le *cerveau* ne présente rien de particulier.

Rappelons enfin l'infiltration générale des téguments.

Nous n'ajouterons rien à la discussion si bien présentée par M. Parisot ; nous en retiendrons avec lui cette conclusion que l'*ascite était vraisemblablement d'origine syphilitique*.

(1) ANGELBY. — Thèse de Paris, 1887.

CHAPITRE II

DISTENSION DE LA VESSIE PAR RÉTENTION D'URINE

I. — Historique

En 1685, PORTAL (1) a constaté, pour la première fois, la distension de la vessie chez le fœtus. SMELLIE (2) l'a rencontré chez un fœtus atteint d'imperforation du gland (1765) et F'EARN (1834) chez un autre dont la vessie ne communiquait pas avec l'urètre.

En 1842, DUPARC publie un mémoire sur ce même sujet. En 1850, DEPAUL réunit les observations connues avant lui et en ajoute une personnelle. En 1864, il en constate un autre cas. Cette même année, GUENIOT rapporte un cas de distension vésicale légère

(1) La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations, Paris 1685, p. 146 et suiv.

(2) *Observ. sur les accouchements*, t. III, p. 560.

due à une imperforation du canal de l'urètre. En 1861, le professeur HECKER, de Munich, en observe une qui nécessita une ponction de l'abdomen.

En 1865, ROSE publie une observation où, par des tractions énergiques, on rompit la vessie distendue. ARNOLD, en 1869, et MATHEWS DUNCAN, en 1870, étudiaient la question au point de vue anatomique, sans beaucoup l'étudier au point de vue obstétrical. MARTIN, en 1877, fait paraître un mémoire sur un cas de persistance des canaux de Müller et d'oblitération des voies urinaires, ayant amené une accumulation d'urine dans la vessie. En 1878, M. A. HERRGOTT, dans sa thèse d'agrégation, réunit les observations les plus intéressantes parues, tant en France qu'à l'étranger. En 1887, LEFOUR (1) publie une intéressante observation de rétention d'urine chez un fœtus dont l'urètre, bien que perméable, — puisqu'on a pu en faire le cathéterisme, — avait ses parois accolées et ne permettait pas l'écoulement de l'urine. Citons enfin la communication de DÉVÉ et GUBERTAFON à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris en 1895.

II. — Etiologie

C'est en général chez les enfants nés avant terme qu'on observe la distension vésicale. Elle est due à un vice de conformation de l'urètre, lequel peut

(1) LEFOUR. — *Progrès médical*, 21 mai 1887, p. 411.

même faire défaut, en totalité ou en partie. Parfois, la portion d'urètre qui existe n'aboutit pas à la vessie ; d'autres fois, elle est en communication avec la vessie, mais n'aboutit pas à l'extérieur. Le méat urinaire peut être fermé par un diaphragme ; ou bien l'urètre peut être obturé par une valve ou encore simplement par un bouchon muqueux. Il est d'autres cas où l'urètre est parfaitement normal et perméable sur toute son étendue, mais où un accollement des parois ou toute autre cause inconnue empêche l'urine de s'écouler à l'extérieur.

Ces malformations de l'urètre coexistent souvent avec d'autres malformations qui intéressent surtout les organes génitaux et le rectum : imperforation de l'anus, abouchement du rectum dans la vessie, hypospadias, atrésie génitale...

Fréquence. — La rétention d'urine n'est pas très rare chez le fœtus, étant donné le grand nombre d'observations qui ont été publiées ; sur 14.147 accouchements nous en avons rencontré quatre cas.

III. — Anatomie pathologique

Comme dans le cas d'ascite, ce qui frappe surtout dans l'aspect extérieur d'un fœtus atteint de distension vésicale, c'est l'énorme *volume de son ventre*. Si la distension vésicale n'est pas accompagnée d'ascite, la vessie forme une tumeur arrondie, bien délimitée, qui donne à l'abdomen du fœtus cet aspect particu-

lier qu'on a décrit sous le nom de *ventre en obusier*.

Par suite de cette distension vésicale, les organes thoraciques et abdominaux subissent des altérations considérables. Le thorax est rétréci en hauteur (Moreau rapporte un cas où le thorax n'avait que deux centimètres de hauteur) ; les intestins et l'estomac sont refoulés vers la colonne vertébrale.

Au milieu de tous ces organes, on trouve une énorme vessie qui les refoule et les comprime contre les parois de l'abdomen dont elle occupe presque la totalité. La vessie a ses parois quelquefois atrophiées, mais le plus souvent hypertrophiées et leur épaisseur peut même atteindre jusqu'à un centimètre. Cette paroi n'a pas une épaisseur uniforme, et à côté de points relativement minces, on en trouve d'autres qui sont très épaissis.

Cette vessie est distendue par un liquide le plus souvent transparent et dans lequel on peut trouver des traces d'urée et d'acide urique. Cette urine, pauvre en chlorures, est en quantité variable : trois à quatre cents grammes en moyenne, parfois quelques litres. Schwizer rapporte un cas où il y avait six litres et demi d'urine dans la vessie du fœtus.

Les uretères et les bassinets sont également distendus par l'urine. Les reins sont congestionnés et leur parenchyme atrophié et dégénéré.

La rétention d'urine s'accompagne souvent d'oligamnios, quoique Fabrice ait signalé des cas où il y avait de l'hydramnios.

IV. — Symptômes et Diagnostic

Les symptômes de la distension vésicale sont les mêmes que ceux de l'ascite pendant la grossesse et pendant le travail, d'autant plus que, souvent, ces deux maladies coexistent chez le même fœtus. Aussi, pour ne pas tomber dans des redites, nous n'exposerons pas de nouveau ces symptômes que nous avons déjà étudiés précédemment.

Quant à faire le diagnostic différentiel de l'ascite et de la distension vésicale, certains auteurs ont prétendu que, par un *toucher manuel profond*, on pouvait y arriver. ANGELBY dit que l'on doit essayer de distinguer le ventre ascitique de la vessie distendue par l'urine. « Dans les deux cas, dit-il, les parois abdominales se soulèvent en une tumeur fluctuante, arrondie, mais un peu moins étalée, et concentrée alentour du pubis dans la rétention d'urine. Chez celle-ci, en outre, la coexistence assez fréquente d'hydronéphrose ajoute à la grande tumeur centrale deux autres petites tumeurs latérales. En plus, dans l'ascite, les parois abdominales, ordinairement amincies, donnent au doigt une sensation de flot plus immédiate, plus rapprochée que dans la rétention d'urine où la dilatation des parois vésicales s'accompagne d'hypertrophie. Enfin si le fœtus est un garçon, il peut présenter un scrotum distendu par un épanche-

ment de sérosité, une double hydrocèle d'origine péritonéale qui lèvera tous les doutes (1). »

ANGELBY reconnaît néanmoins la difficulté du diagnostic différentiel, car il ajoute que « les confusions entre la rétention d'urine et l'ascite ont été et seront toujours fréquentes ». Nous sommes parfaitement de cet avis. Il est vrai que « *ces deux lésions sont également justiciables du trocart* » et que, par conséquent, il est pratiquement presque inutile de les distinguer.

V. — Marche de l'accouchement et observations

La marche de l'accouchement dans le cas d'un fœtus atteint de distension vésicale est absolument identique à celle que nous avons décrite à propos de l'ascite, c'est-à-dire que *les difficultés sont en rapport avec le volume de l'abdomen du fœtus et qu'elles commencent au moment de l'expulsion du tronc.*

Comme pour l'ascite, il est des cas où la distension vésicale est si peu considérable que la dystocie est à peine marquée. Mais il en est d'autres, malheureusement plus fréquents où une intervention mal dirigée peut amener des désastres.

(1) *Loc. cit.*, p. 98, 99.

OBSERVATION X

(Communication faite dans la *Revue Médicale de l'Est*, septembre 1883, par M. le Professeur F.-J. HERRGOTT).

Il s'agit d'une femme, âgée de 25 ans, secondipare, atteinte de syphilis. Elle était accouchée le 3 janvier 1882 d'un enfant mort-né (accouchement prématuré de 7 mois).

Entrée en travail à la Maternité le 3 décembre 1882, elle y accouche prématurément le même jour d'un enfant mort-né (accouchement prématuré de six mois).

Ce qui frappe surtout à son entrée, c'est le développement exagéré du ventre non en rapport avec l'âge de la grossesse ; la palpation d'ailleurs ne donne aucun renseignement net ; quant aux battements fœtaux, ils s'entendent à droite, au-dessus du niveau de l'ombilic ; ils sont lointains, sourds, intermittents.

Dans l'intérêt de l'enfant, -- comme la tête quoique de petit volume reste quatre heures au détroit supérieur sans tendance à descendre dans l'excavation, -- on se décide à intervenir. A l'aide du forceps, on amène la tête à la vulve ; les branches sont alors enlevées. Mais on est surpris de voir que les quelques tractions manuelles qu'on tente pour compléter le dégagement suffisent pour arracher la tête.

Reconnaissant que la difficulté que présente l'extraction de l'enfant est due au développement extraordinaire de son abdomen, on le ponctionne avec une sonde de Mayor redressée, qu'on introduit dans le médiastin postérieur, et qu'on pousse jusque dans la cavité abdominale. Le liquide retiré en grande quantité était de la sérosité et non de l'urine. Des tractions exercées sur les bras amènent bientôt le corps fœtal.

Les suites de couches furent normales.

Le fœtus mesurait 32 centimètres de long, et la tête présentait les diamètres suivants :

S. O. M. : 9 cm.

O. F. : 8 cm.

S. O. B : 7 cm. 5.

Bi. P. : 6 cm. 5.

Ce qui frappait surtout, c'est le développement de l'abdomen, dont le plus grand diamètre, au niveau de l'ombilic, mesurait 19 centimètres.

Les organes génito-urinaires ne présentent pas d'orifice, et l'anوس est également imperforé.

La partie inférieure de la cavité abdominale était occupée par la vessie considérablement distendue.

Nous donnons ensuite une observation analogue à la précédente, mais beaucoup plus riche en détails, surtout au point de vue anatomique.

OBSERVATION XI

(Observation présentée à la Société de Médecine de Nancy, par le Professeur F.-J. HERRGOTT, le 14 février 1883).

V. D..., âgée de 25 ans, journalière, bien constituée, affectée de syphilis, présentant encore à ce moment des excoérations aux parties génitales, accouchée prématurément (à 7 mois) d'un enfant mort, en janvier 1882, se présente à la clinique, le 2 décembre 1882, à 5 heures du matin, éprouvant des douleurs depuis la veille au soir.

Réglée pour la dernière fois, à la fin de mai 1882, elle comptait accoucher au courant de mars 1883.

Elle dit avoir fait une chute sur un escalier, le 30 no-

vembre, être tombée sur le dos, et avoir glissé sur quinze marches environ ; cet accident, dit-elle, n'a provoqué aucun écoulement sanguin ou autre, n'a pas causé de douleurs vives et ne l'a pas empêchée de travailler pendant toute la journée, et jusqu'au 1^{er} décembre, à 8 heures du soir, où elle éprouva des douleurs intermittentes dans les reins et le ventre, qui augmentèrent d'intensité et de fréquence jusqu'à minuit pour cesser alors complètement et lui permettre le sommeil. Vers les 4 heures, les douleurs reparurent, et alors elle se décida à entrer à la Maternité.

A son arrivée la sage-femme en chef constate que le travail était fort avancé, le col a disparu et la tête est dans l'excavation ; elle paraît petite, car le doigt peut la contourner entièrement ; la petite fontanelle est trouvée en avant et à droite ; il y a déjà une bosse sanguine assez notable ; de 5 heures à 8 heures, les contractions sont très faibles et rares, l'expulsion ne fait pas de progrès ; à 8 heures, le chef de clinique, le Docteur REMY, constate l'état décrit ci-dessus ; il est frappé du développement considérable du ventre ; le fond de l'utérus est à deux travers de doigts de l'appendice xiphoïde. La palpation ne donne aucun renseignement net, on ne peut savoir, par ce moyen, s'il y a une grossesse gémellaire. On croit trouver les battements du cœur fœtal à droite, lointains, sourds et intermittents, au-dessous du niveau de l'ombilic.

Au toucher, on constate de nouveau, la présence de l'occiput à droite et en avant, ainsi que la *petitesse de la tête* que l'on peut contourner au point de sentir le cou et une oreille.

Le chef de clinique croit, dans l'intérêt de l'enfant, devoir terminer immédiatement l'accouchement par le forceps. L'application de l'instrument est facile ; les tractions sont faites avec modération pendant les contractions, la tête

est amenée à la vulve ; à ce moment, les branches sont enlevées et les tractions sur la tête sont faites par les mains de l'accoucheur. On est surpris de voir quelques tractions de peu d'intensité suffire pour arracher la tête de l'enfant. On dégage les bras et on continue avec eux les tractions sur le tronc, mais on n'obtient aucun résultat.

Le volume si considérable du ventre de la mère, comparé à la petitesse de la tête du fœtus, impose un examen nouveau ; la main introduite dans l'utérus reconnaît un développement extraordinaire du ventre du fœtus.

Le chef de service est appelé immédiatement ; en son absence l'agréé A. HERRGOTT, arrive aussitôt ; ayant constaté par la palpation l'exactitude de l'état décrit ci-dessus, il donne le conseil de faire la ponction de l'abdomen *par le cou de l'enfant* ; on introduit par cette voie, une sonde urinaire, moyennant laquelle on n'obtient point d'écoulement ; il conseille alors d'introduire, par la même voie, une sonde de Mayor en étain d'assez gros calibre, suivant le procédé suivi par Tarnier pour faire la ponction de l'hydrocéphalie dans les présentations du siège.

La sonde introduite ainsi arrive, après une résistance vaincue dans une grande cavité dont le contenu est évacué aussitôt et recueilli pour être soumis à l'analyse chimique dans le laboratoire de la Faculté.

Cette analyse démontra que le liquide était de la sérosité et non de l'urine, ce qui fut confirmé par la pièce anatomique. Les tractions exercées sur les bras amènent bientôt le corps fœtal. La délivrance fut normale ; on fit par précaution, une injection sous-cutanée d'ergotine ; en raison de sa longueur, le travail aurait pu être suivi d'inertie utérine.

Suites de couches normales ; le 14, c'est-à-dire 12 jours après l'accouchement, la femme pu sortir du service pour suivre ailleurs le traitement spécifique.

Il reste à examiner maintenant le fœtus et la maladie qui a été cause des difficultés de l'accouchement.

Le fœtus mesure 37 centimètres, depuis le sommet de la tête jusqu'aux talons.

La tête a les diamètres suivants :

B. P. : 65 millimètres ;

O. F. : 80 millimètres ;

S. O. M. : 90 millimètres ;

S. O. B. : 75 millimètres.

Le thorax ne présente qu'un élargissement de la base.

L'abdomen a un volume considérable ; son plus grand diamètre, au niveau de l'ombilic descendu à la hauteur des fesses, mesure 19 centimètres ; il continue à se développer par en bas, son niveau inférieur arrive à la hauteur des talons.

La peau ne recouvre pas toute la paroi abdominale, elle s'arrête brusquement autour de l'ombilic, à 6 centimètres de lui ; à ce niveau, la paroi abdominale est représentée par une membrane transparente de même nature que les éléments du cordon, formant autour de celui-ci, une auréole mesurant verticalement 13 centimètres, transversalement 10 centimètres. Le cordon est grêle mais normal.

Les membres inférieurs sont aplatis légèrement, contournés et appliqués sur la paroi abdominale ; il n'y a pas de trace d'orifice anal, et les organes génitaux sont représentés par un petit appendice cutané ayant une longueur de 5 millimètres, mais ne présentant aucun orifice.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une petite quantité de liquide clair jaunâtre, semblable à celui qui avait été recueilli par la sonde.

La partie inférieure de la cavité abdominale est occupée par une tumeur ovoïde et bosselée, dont les dimensions sont : en hauteur, 15 centimètres ; transversalement,

12 centimètres, d'avant en arrière, 13 centimètres, qui, par sa face postérieure adhère lâchement à la paroi abdominale postérieure.

Trois canaux aboutissent à sa surface antérieure : au deux uretères, et à peu près au milieu, l'extrémité inférieure légèrement gonflée de la fin du tube digestif, du rectum rempli de méconium sur une hauteur de 5 centimètres, mais ne se vidant pas dans le réservoir urinaire.

Les uretères, fortement gonflés, ont 5 millimètres de calibre, le gauche est un peu plus gros ; ils conduisent, en haut, aux reins qui sont aussi gonflés et lobulés ; ils mesurent en hauteur un peu plus de 4 centimètres ; sur le rein gauche, on remarque un petit kyste transparent à la partie supérieure de l'organe.

A la partie supérieure et postérieure du diaphragme, on constate la petite déchirure faite par la sonde.

Dans cette observation comme dans la précédente, le volume exagéré du ventre était causé à la fois par la distension de la vessie et par une ascite qu'on peut supposer due à une irritation péritonéale consécutive à la réplétion de la vessie.

Dans les deux cas on a constaté le volume exagéré du ventre de la mère sans que rien ne puisse permettre d'en préciser la cause. Ce n'est qu'après avoir arraché la tête, — et chaque fois, on a été fort surpris de la facilité avec laquelle cet accident s'est produit, — qu'on s'aperçut que l'extraction du fœtus est impossible, à cause du développement extraordinaire de son ventre. Une ponction permet d'évacuer l'ascite, mais ce n'est qu'après la sortie du fœtus qu'on

reconnaît la distension vésicale, qui, par elle seule, n'entravait pas l'accouchement.

Dans ces deux cas, la mère était syphilitique et chez l'un et l'autre enfant, à ces deux malformations, s'en ajoutait une autre, intéressant le rectum.

Une différence, — et c'est à peu près la seule qui distingue l'un de l'autre ces deux cas par ailleurs tout à fait semblables, — consiste en ce fait, que le rectum, imperforé dans le premier cas, aboutissait dans le second à la face antérieure de la vessie, ce que le professeur F.-J. HERRGOTT explique par une « dilatation plus grande du réservoir dans sa partie inférieure qui porte en haut, puis en avant ce qui était en bas et en arrière (1). »

OBSERVATION XII

(Publiée par le Docteur SPIRE, dans la *Revue Médicale de l'Est*, 1910).

Il s'agit d'une primipare de 20 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ni personnels, ayant eu ses dernières règles, du 23 au 26 janvier.

La grossesse évolua normalement, mais les premières contractions douloureuses se firent sentir *prématurément* le 29 juillet, à 8 heures du soir, *cette femme étant à la fin de son sixième mois*. A trois heures du matin, la tête apparut à la vulve, et la sage-femme qui avait été appelée, *exerça sur cette tête des tractions* qui, à son grand étonne-

(1) *Revue Médicale de l'Est*, 1883, p. 486.

ment, étant donné son petit volume, lui firent sentir une *résistance inaccoutumée*.

Les tractions furent alors répétées dans le but de dégager le tronc, et aboutirent à l'*arrachement de la tête* qui fut extraite entraînant avec elle un bras et l'omoplate correspondant.

Un médecin fut alors appelé. Il trouve l'orifice dilaté comme une petite paume de main, et comme la femme n'avait que des contractions peu énergiques, il prescrit du sulfate de quinine. Les contractions étant restées insuffisantes, il se décida à envoyer cette femme à la Maternité où elle arriva à 11 heures du matin, apportant avec elle la tête et le bras arrachés.

A son arrivée, l'état général est satisfaisant. La température est de 38°2, le pouls à 100. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il est *tendu d'une façon permanente*, et la palpation ne permet de délimiter aucune partie fœtale. Au toucher, je sentis, procident dans le vagin, le second bras presque complètement arraché, ne tenant plus au tronc que par un lambeau de peau qui se détacha spontanément quand je voulus pratiquer une exploration plus profonde.

Je trouvai le col dilaté comme une grande paume de main, étroitement appliqué sur une *masse molle, fluctuante, donnant au premier abord l'impression d'une poche des eaux épaisse et très tendue*.

Je pratiquai alors le *toucher manuel* et pus me rendre compte que *cette masse était constituée par l'abdomen du fœtus*. Mes doigts sentirent au-dessus de la lèvre antérieure du col, le gril costal disloqué, présentant une large brèche à travers laquelle le doigt pénétrait. Evacuer le liquide que contenait l'abdomen était l'indication qui s'imposait. C'est ce que je fis immédiatement. Mon index

pénétrant à travers la large brèche du thorax, arriva sur une poche très tendue *qu'il effondra sans difficulté*. Un jet très abondant de liquide citrin s'échappa brusquement et ce qui restait du fœtus fut immédiatement expulsé spontanément par la parturiente.

Je fis ensuite la délivrance artificielle, suivie d'une injection intra-utérine iodée. Le placenta qui pesait 200 grammes était macroscopiquement sain. Les suites de couches furent normales.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le fœtus expulsé du sexe féminin du poids de 800 grammes (sans la tête et les membres arrachés), ne présente aucune trace de macération. Le développement de l'abdomen est considérable, par rapport au reste du corps.

De consistance molle, flasque, il donne l'impression d'une outre dégonflée. Les organes génitaux externes ne présentent aucune malformation.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une poche à développement énorme, constituée par la vessie, ayant refoulé les autres viscères, et occupant, à elle seule, la presque totalité de la cavité abdominale. Il fallut, pour remplacer l'urine évacuée, injecter dans cet organe, presque un litre de liquide.

L'ouverture de cette poche nous montre que *la paroi vésicale est fortement épaissie, sauf au niveau de l'aboutissement des uretères, où elle présente au contraire deux zones d'une minceur remarquable*. Il semble qu'à ces endroits la poche soit constituée par la paroi même de la portion inférieure des uretères dilatés, la quantité énorme de liquide ayant épuisé la distension maxima de la vessie, et l'ayant forcée à emprunter, pour ainsi dire, de l'étoffe à la partie inférieure des deux uretères. C'est au niveau de ces zones amincies que mon doigt pratiqua la perforation, et ce fait explique le peu de résistance que je rencontrai.

Cette observation offre un cas de dystocie encore plus accentuée que les précédentes, et le diagnostic n'a été posé que tardivement, après des mutilations graves et multiples de l'enfant. Comme le pense également M. le docteur SPIRE, nous estimons que si, au lieu de s'acharner à des tractions intempestives sur la tête et les membres accessibles, on cherchait, avant toute chose, la cause de la résistance à l'expulsion du fœtus, on pourrait éviter ces désastres.

Ce qui est frappant dans cette observation, c'est que l'enfant ne présentait aucune malformation. L'urètre était parfaitement perméable sur toute sa longueur et c'était une simple valvule formée par un repli de la muqueuse vésicale qui paraissait avoir empêché l'écoulement de l'urine.

OBSERVATION XIII

(Observation publiée dans la *Revue Médicale de l'Est*, du 15 mars 1911, par MM. FRUHINSHOLZ et DERBANNE).

*Un cas de dystocie par excès de volume de l'abdomen fœtal.
Malformations diverses.*

Le fœtus que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est un fœtus de sept mois, à l'abdomen considérablement distendu par une collection liquide et dont l'accouchement s'est fait avec dystocie : nous vous le soumettons artificiellement injecté, pour que vous puissiez apprécier sa silhouette caractéristique ; il présente une imperforation anale et une malformation des organes

génitaux externes ; on peut très vraisemblablement supposer, en attendant les résultats de l'examen anatomique auquel il sera procédé ultérieurement, qu'il s'agit là d'une distension vésicale énorme, en relation sans doute avec un obstacle portant sur les voies d'excrétion urinaire.

La dystocie s'est révélée de la manière suivante : Il s'agissait d'une secundipare accouchée quelques années auparavant dans des conditions normales. Elle ne se rappelait pas de façon précise la date de ses dernières règles ; toutefois, elle se considérait comme *étant approximativement enceinte de sept mois*. La grossesse s'était bien passée. Elle se trouvait très grosse, quand le 13 janvier, au matin, les membranes se rompent prématurément et il se produit un écoulement particulièrement considérable de liquide amniotique. Les contractions douloureuses apparaissent dans la soirée du même jour. A 9 heures du soir, la dilatation du col est comme 1 franc.

Le 14, vers 5 heures du matin, la dilatation est complète et la sage-femme en touchant, est très étonnée de trouver une masse molle, qu'elle ne peut définir ; très déconcertée, elle appelle le Docteur DERBANNE, de Dombasle-sur-Meurthe, qui examine, trouve un utérus encore volumineux, perçoit des battements fœtaux, touche, cherche à se rendre compte de la situation et en fin de compte, après de laborieux efforts, abaisse un pied gauche qui vient jusqu'à la vulve et qu'il prend dans un lac ; il tire prudemment, mais sans succès ; la malade étant très indocile, il renonce provisoirement à toute intervention ; il est très frappé de la disproportion manifeste qui existe entre le volume du corps utérin et la petite partie fœtale attirée ; il pense à une malformation fœtale et fait appel au concours du Docteur FRUHINSHOLZ ; sur ces entraînées, les battements fœtaux ont disparu. Les contractions utérines sont très fréquentes et très vigoureuses ; en attendant le moment de

l'intervention, le Docteur DERBANNE, très sagement, fait une piqûre de morphine pour tâcher de modérer l'effort utérin et de diminuer les chances de rupture menaçante.

A midi et demie, les constatations faites par le Docteur FRUHINSHOLZ, sont les suivantes : la parturiente est très agitée et fatiguée ; le pouls est rapide ; les contractions utérines sont redevenues subintrantes et énergiques ; le ventre est volumineux, très sensible au palper ; l'utérus est gros, remontant au voisinage des fausses côtes, fortement déjeté vers la droite, d'une dureté ligueuse, qui persiste même dans l'intervalle des contractions ; le palper est infructueux et ne permet de différencier aucune partie fœtale. Le pied gauche est à la vulve ; il est noirâtre, très petit, en disproportion manifeste avec les dimensions de l'utérus. Le toucher digital, pratiqué avec deux doigts, fait percevoir derrière le membre inférieur gauche et en continuité avec celui-ci, dont un sillon la sépare, une masse très tendue, rénitente, sans reliefs osseux, qui s'engage partiellement dans l'excavation et paraît affecter une grande direction transversale. Il est impossible sans anesthésie de préciser davantage.

Sous chloroforme, le Docteur FRUHINSHOLZ procède au *toucher manuel*, grâce auquel il dresse l'état des lieux suivant : l'utérus est contracturé, le segment inférieur très distendu et la main ne peut s'insinuer que difficilement ; le siège du fœtus est comme assis sur la margelle antérieure du bassin ; le membre inférieur droit est hyperfléchi et étroitement appliqué contre le flanc correspondant ; la masse rénitente qui tend à s'engager paraît être constituée par l'abdomen ; elle est trop tendue pour qu'on puisse en préjuger le contenu ; elle est lisse et régulière.

On abaisse assez péniblement le membre inférieur droit pour se ménager un tracteur neuf, l'autre ayant partiellement cédé au niveau de ses attaches inguinales, sous

l'influence des premières tentatives d'extraction ; on le prend dans un lac.

Le diagnostic porté est celui de dystocie fœtale par excès de volume de l'abdomen : la nature du contenu de celui-ci étant naturellement réservé.

Il y avait lieu, dans ces conditions, de ponctionner, ce qui fut fait sous la conduite d'une main guide avec une branche désarticulée d'une paire de ciseaux de Dubois. Après perforation de la peau, il ne s'écoule que très peu de liquide citrin, coloré en vert par du méconium provenant d'une anse intestinale qui avait été intéressée.

On explore le contenu abdominal au moyen d'un doigt introduit par cette boutonnière cutanée et on a l'impression d'une deuxième enveloppe lisse à contenu liquide ; on donne un nouveau coup de pointe dans celle-ci et dès lors s'écoule une masse considérable de liquide jaune clair, dont la quantité, non mesurée, peut être évaluée à cinq ou six litres. Des tractions pratiquées simultanément sur les membres inférieurs fœtaux et sur l'orifice de ponction, crocheté par l'index, ont vite fait d'amener le fœtus au dehors. On laisse la délivrance se faire spontanément et on termine par une injection intra-utérine au permanganate de potasse. Il y a eu quelques élévations de température dans les jours qui ont suivi.

Actuellement, la malade va bien.

P. S. — *Examen anatomique du fœtus* (Note très obligeamment communiquée par M. Pidancet, aide d'anatomie).

A l'ouverture de l'abdomen, la *vessie* se présente sous la forme d'une tumeur irrégulière, bosselée. Elle est rétractée et occupe entièrement le bassin et les fosses iliaques, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. La paroi vésicale est épaisse de 3 ou 4 millimètres ; elle est comme sclérosée,

sa surface interne présente des diverticules anfractueux.

Le rein gauche est complètement atrophié, il mesure 12 millimètres de hauteur, sur 6 millimètres de largeur et 2 millimètres d'épaisseur. On ne trouve aucun vestige de l'uretère correspondant.

Le rein droit, par contre, est augmenté de volume, présentant deux bassinets et deux uretères. Le bassinet supérieur a une apparence à peu près normale ; il se continue par un uretère qui est fortement dilaté dans sa partie moyenne, se prolonge ensuite en un filum plein qui aboutit en fin de compte à la vessie, qu'il aborde à gauche, dans sa portion moyenne et postéro-externe. *Le bassinet* inférieur est fortement dilaté, à grande direction verticale, l'uretère correspondant descend d'abord tout droit derrière la vessie, forme une anse remontante, puis se dirige vers la gauche pour déboucher enfin dans la vessie par un orifice largement dilaté, situé un peu en dedans et en dessous du point d'aboutissement du cordon plein correspondant à l'uretère précédemment décrit. Cet uretère inférieur droit est de très fort calibre.

En dessous de l'orifice urétéral précédent, on trouve un cul de sac peu profond, qui paraît correspondre à l'*urètre oblitéré* ; en disséquant au-dessous de la vessie, on ne trouve aucun résidu de ce canal. L'urètre pénien est court, très peu développé ; il n'y a pas trace de méat urinaire.

Les testicules sont en ectopie inguinale interne. *Le tube digestif* est atrésié ; il se termine par un cul de sac peu dilaté au-dessus de la région iliaque gauche. L'estomac est dénoncé par un léger renflement du tractus digestif. Il a subi sa torsion normale.

L'intestin renferme une faible quantité de méconium. Le foie et la rate sont de volume normal.

Cette observation diffère assez peu des précédentes par les malformations dont le fœtus était atteint ; c'est un accouchement prématuré d'un fœtus porteur d'une distension de la vessie, accompagnée d'une légère ascite, avec malformation des uretères et oblitération de l'urètre.

Mais elle en diffère essentiellement par suite de la facilité qu'on a eue à poser relativement tôt le diagnostic exact. On s'est abstenu de tirer trop énergiquement sur le pied qu'on avait pu abaisser. Frappé par le volume du ventre, on a pensé à une malformation fœtale, dans laquelle le toucher manuel a fait reconnaître une collection de liquide abdominale.

L'accoucheur, sans s'attarder au diagnostic différentiel entre l'ascite et la distension vésicale, pratique alors une ponction qui donne issue à une petite quantité de liquide. Cette poche de liquide, l'autopsie l'a démontré, était la vessie. On a pu, ensuite, extraire le fœtus sans difficulté.

Nous sommes loin ici, des délabrements considérables que nous avons vus mentionnés dans les observations précédentes ; et pourtant l'obstacle était le même. Mais ici *le diagnostic a été posé* sans qu'on ait exercé sur le fœtus des tractions inutiles et dangereuses tant pour lui que pour la mère. Il est vrai qu'ici on avait affaire à une présentation du siège, ce qui rendait le diagnostic relativement plus facile ; le toucher manuel profond est dans ce cas plus commode, et donne des renseignements plus complets, car on n'est pas obligé de passer le long du cou et du thorax de l'enfant dont la tête est à la vulve.

VI. — Pronostic

1° *Le pronostic est toujours extrêmement grave pour l'enfant.* — Dans les cas où la vie du fœtus, dont l'accouchement commence toujours avant terme, n'est pas compromise par des altérations pathologiques de ses organes, et lorsque des tractions inopportunes ne le mutilent pas, on est souvent obligé pour sauver la mère, de lui faire subir des interventions (1) qui sont le plus souvent incompatibles avec sa survie. Le pronostic est donc presque toujours fatal pour l'enfant, et dans les rares cas où l'on arrive à extraire un enfant vivant, celui-ci succombe presque toujours aussitôt après. On ne connaît qu'un seul cas de viabilité réelle ; c'est celui de CRANDALL.

2° *Le pronostic concernant la mère* dépend essentiellement de la précocité et de la sûreté du diagnostic. Si celui-ci n'a pas été posé à temps, et qu'on abandonne la femme aux seules forces de la nature, ou qu'on pratique des tractions aveugles ou trop violentes, elle court les plus grands dangers. On a vu en pareil cas se produire *des déchirures du périnée ou du vagin, des escarres vulvaires ou vaginales et des ruptures utérines avec leurs terribles conséquences.* Heureusement, dans les observations que nous rapportons, les tractions, bien qu'énergiques, n'ont pas eu de conséquence grave pour la mère.

(1) Interventions parmi lesquelles la ponction de l'abdomen est la plus légère.

Si le diagnostic est posé à temps et l'intervention bien dirigée, le pronostic maternel devient excellent

VII. — Traitement

Le traitement ressort de ce que nous venons de dire. *L'essentiel est de reconnaître la nature de l'obstacle et, dès que le diagnostic est posé, on devra vider l'abdomen de son contenu.* Le procédé opératoire seul diffère suivant la présentation.

Nous dirons tout de suite qu'il est des cas où la tumeur abdominale n'est pas développée au point d'être une cause de dystocie, et, qu'indépendamment de la présentation, l'accouchement se fait d'une façon normale, d'autant plus que, le travail commençant souvent avant le terme normal de la grossesse, l'enfant, à part le volume de son ventre, est relativement petit.

Dans d'autres cas, la dystocie est déjà plus prononcée, mais quelques tractions prudentes suffisent pour amener le fœtus au dehors.

Mais il est des cas où la dystocie est tellement prononcée que les tractions, loin d'être utiles, peuvent même devenir dangereuses. Aussi, lorsque, par des tractions modérées, on n'arrive pas à extraire le fœtus, on doit abandonner ce procédé et chercher à se rendre compte de la nature de l'obstacle.

Mais ici la manière d'agir diffère avec la présentation.

1° S'il s'agit d'une *présentation du sommet*, avec une tête peu engagée, on essaie de la repousser doucement et de faire la version podalique qui transformera la présentation en une présentation du siège. Si c'est impossible, parce que la tête est profondément engagée, on appliquera un forceps qui permettra d'amener la tête à l'extérieur. Si, à partir de ce moment, le travail ne progresse plus, on ne devra pas s'acharner sur la tête ; mais, *par un toucher manuel profond, on tâchera de se rendre compte de la nature de l'obstacle, et une fois le diagnostic posé, il n'y aura plus lieu d'hésiter. On introduira sur la main guide, qui protège les parties maternelles, un perforateur, — de préférence un trocart long, courbe et fin, — qui permettra d'évacuer le liquide. On pourra ensuite facilement achever l'extraction.*

2° Dans les *présentations du siège*, le diagnostic est plus facile : la conduite sera la même ; mais l'intervention sera plus commode. On fixera le tronc du fœtus à l'aide des tractions modérées exercées sur un pied abaissé préalablement, et on fera la ponction comme précédemment.

Quel est le lieu d'élection pour pratiquer la ponction ? C'est la moitié inférieure de l'abdomen, et notamment aux environs de l'insertion du cordon. Le traumatisme créé sera ainsi moins grave pour les organes importants de la partie supérieure de l'abdomen. Mais ce n'est pas toujours réalisable, et, surtout lorsque l'enfant est mort, on n'est pas tenu de ponctionner à l'endroit indiqué ; on fait comme on peut.

EN RÉSUMÉ : Dans les cas de tumeurs abdominales liquides, comme dans les cas d'hydrocéphalie, l'accoucheur doit toujours avoir en vue la vie de la mère qu'il doit toujours ménager, même au détriment de celle de l'enfant, dont la survie est excessivement rare.

TROISIÈME PARTIE

Dystocie par excès de volume du siège.

L'excès de volume du siège est causé par différentes tumeurs parmi lesquelles les plus importantes sont les tumeurs sacro-coccygiennes.

TUMEURS SACRO-COCCYGIENNES

I. — Historique

Ces tumeurs étaient déjà connues par PEU (1) et DIONIS qui en parlent dans leur *Traité des accouchements*. VELING (2) fit une thèse inspiré par le professeur STOLZ sur les tumeurs enkystées de l'extrémité

(1) PEU. — *Pratique des accouchements*.

(2) VELING. — Thèse de Strasbourg, 1846.

inférieure du tronc fœtal. LOTZBECK, en 1858, étudie ces tumeurs au point de vue anatomique et les range en plusieurs classes, d'après leur nature. En 1860, TARNIER (1) donne quelques observations nouvelles. Puis les tumeurs sacro-coccygiennes sont étudiées par ROBIN (1855), PERRIN (2), BAR, BRAUNE (1862), JOULIN (1863). MOLK (3), dans sa thèse, réunit de nombreux documents sur cette question et proposa une nouvelle classification, basée sur la structure de ces tumeurs. Puis DEPAUL (1865), de SOYRE (1874), BAR et LAMOTTE, RIBEMONT-DESSAIGNES, BUDIN en donnent de nombreux exemples. M. A. HERRGOTT en fait une étude détaillée dans sa thèse d'agrégation (1878) où l'on puise toujours de précieux renseignements lorsqu'on s'occupe de la dystocie fœtale. Citons enfin les thèses de LACHAUD (1883), COUDÈRE (1890), CALBET (4) (1893), REPIN (1894). Le mémoire de RIVIÈRE (1895) n'envisage la question qu'au point de vue obstétrical. ROTSCHILD et SCHWAB font une communication à la Société d'Obstétrique de Paris en 1899. BAR et BRINDEAU, TARNIER et BUDIN consacrent à ce sujet d'intéressants chapitres de leurs traités.

(1) TARNIER. — Thèse d'agrégation, 1860.

(2) PERRIN. — Thèse de Strasbourg, 1860.

(3) MOLK. — Thèse de Strasbourg, 1863.

(4) CALBET. — *Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne.*

II. — Etiologie

On possède très peu de notions sur l'étiologie de ces tumeurs. Il ne semble pas que, comme pour les autres malformations que nous avons étudiées précédemment, la syphilis, la tuberculose ou l'alcoolisme des générateurs aient la moindre influence. Les Allemands attachent une grande importance au traumatisme pendant la grossesse. Ce n'est pas l'avis de CALBET (1), qui ne voit d'autre origine à ces tumeurs qu'« une modification initiale des éléments générateurs, modification anatomique ou physiologique, antérieure à la fécondation, et pouvant d'ailleurs affecter soit l'élément mâle, soit l'élément femelle, soit les deux à la fois ».

Fréquence. — Ces tumeurs sont excessivement rares. FOCHIER, qui les a recherchées à la Maternité de Lyon, où il se fait 1.200 accouchements par an, n'en a trouvé qu'un seul cas sur six années. Pour notre part, nous n'en avons trouvé également qu'un seul cas sur les 14.147 accouchements qui servent de base à notre statistique.

III. — Anatomie pathologique

La plupart des tumeurs sacro-coccygiennes sont considérées aujourd'hui comme des tératomes ou inclusions fœtales.

1) *Loc. cit.*, p. 81.

Avec la plupart des auteurs, nous les diviserons en deux variétés, suivant qu'elles se trouvent en arrière ou en avant du sacrum.

Parmi les premières, se rangent les *spina-bifida sacrés* avec les *méningocèles* qui leur sont consécutives, les *néoplasmes* formés aux dépens des vestiges médullaires coccygiens et les *kystes dermoïdes* que l'on trouve parfois implantés derrière le sacrum.

Parmi les secondes, situées en avant du sacrum et du coccyx, on trouve des tumeurs de nature excessivement complexe, mais qui, malgré leur variété, semblent appartenir à un seul et même groupe ; à l'exemple de CALBET (1), nous les rangerons toutes parmi les tumeurs parasitaires, c'est-à-dire des tumeurs considérées comme l'ébauche d'un second embryon, anormalement développé, qui vit à titre de parasite sur son frère jumeau régulièrement conformé.

Il est vrai que l'on a décrit en outre sous le nom de tumeurs sacro-coccygiennes différents néoplasmes que nous nous bornons à signaler ici pour mémoire ; ces tumeurs sont très rares et n'ont pas été suffisamment décrites au point de vue clinique pour que nous y attardions.

Nous ne voulons pas reprendre les descriptions anatomiques qui ont été si souvent et si parfaitement données des tumeurs sacro-coccygiennes. Nous voulons simplement indiquer quelques notions permettant de comprendre le rôle de ces tumeurs au point de vue de l'obstacle qu'elles peuvent apporter à l'accouchement et d'établir la conduite à tenir.

(1) Ouvrage cité, p. 31.

La tumeur est implantée sur le siège par une base plus ou moins large ; quelquefois il existe un vrai pédicule, mais le fait est plus rare. Comme nous l'avons vu, l'implantation se fait soit à la face postérieure, soit à la face antérieure, soit à la pointe du sacrum ou à la pointe du coccyx. Sauf dans le premier cas, la tumeur remplit habituellement le petit bassin jusqu'au niveau du promontoire et peut occuper une partie de la cavité abdominale ; la tumeur refoule en avant l'anوس et le rectum ; elle peut sortir du petit bassin au niveau du périnée et apparaître à l'extérieur ; le fœtus semble alors assis à califourchon sur la tumeur ; c'est le cas de notre observation XIV.

Ces tumeurs ont une forme plus ou moins régulière, ovoïde, sphérique ou aplatie. Leur volume varie entre la grosseur d'un œuf de poule et celle d'une tête de fœtus à terme.

IV. — Symptômes et Diagnostic

A) *Pendant la grossesse*, on ne peut découvrir aucun symptôme particulier aux tumeurs sacro-coccygiennes. Tout au plus, quand elles atteignent un certain volume, peut-on observer quelques phénomènes dus au volume exagéré de l'utérus. Ces symptômes, — nous les avons déjà plusieurs fois mentionnés, — sont : la dyspnée, les troubles circulatoires des membres inférieurs et de la région sus-pubienne, etc... Mais tous ces signes, même l'hydram-

nios qu'on trouve presque toujours dans les cas de tumeurs sacro-coccygiennes, ne peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic, puisqu'ils sont communs à bien d'autres affections de l'embryon et des annexes.

Il est certains cas cependant où la palpation, facilitée par une paroi abdominale très mince et par l'absence d'hydramnios, permet de sentir près du pôle pelvien une grosse masse arrondie qui fait soupçonner le diagnostic. GILLET rapporte un fait de ce genre.

Mais ce sont là des circonstances tout à fait exceptionnelles, et on peut dire que, d'une façon générale, ces tumeurs ne sont même pas soupçonnées pendant la grossesse.

b) Voyons maintenant si les signes deviennent plus précis au *moment du travail*. Remarquons d'abord que l'accouchement se produit le plus souvent avant le terme normal de la grossesse, et qu'on rencontre de l'hydramnios dans la plupart des cas de tumeurs sacro-coccygiennes. Mais ce sont là deux signes sans grande valeur diagnostique puisqu'on les rencontre dans la plupart des cas où le fœtus présente un excès de volume total ou partiel.

Rien, dans la marche de l'accouchement, ne pourra faire penser à la malformation que nous étudions, avant que l'arrêt du travail n'appelle l'attention et qu'on aille, par un toucher manuel, se rendre compte de la nature de l'obstacle (1).

Ces indications que fournira le toucher manuel

(1) Cet arrêt du travail ne se produit que lorsque la tumeur est volumineuse.

profond seront exposées dans le chapitre consacré à la marche du travail. Cette exploration doit être pratiquée, — sous le chloroforme de préférence, — toutes les fois que le fœtus, venant en présentation du sommet, se trouve, à un moment donné, arrêté dans son expulsion par le tronc et l'abdomen qui ne peuvent plus progresser ; toutes les fois aussi que, dans les présentations du siège, le fœtus ne s'engage pas ou, après avoir commencé son engagement, s'arrête au détroit supérieur, bien que les contractions utérines restent normales et que les tractions soient bien dirigées sur les membres inférieurs.

V. — Marche de l'accouchement

Dans la plupart des cas, l'évolution du fœtus se fait sans aucune difficulté, et la terminaison de l'accouchement est spontanée, parce que, le plus souvent, la tumeur est assez petite pour n'apporter aucune gêne à l'accouchement. Indépendamment du volume, la consistance et l'implantation de la tumeur ont aussi une grande importance, et une tumeur relativement considérable, mais molle et implantée par un long pédicule sera une moindre cause de dystocie qu'une tumeur moins volumineuse, mais dure et sessile.

Il est encore une autre condition de laquelle dépend la marche de l'accouchement, c'est la présentation. Nous étudierons à part la *présentation du sommet*, *celle du siège* et *celle de la tumeur*.

1° Dans la *présentation du sommet*, la marche de l'accouchement est souvent normale, à moins que la tumeur ne soit dure et volumineuse. *Les difficultés, en tout cas, ne commenceront que lors de l'engagement du siège.* Il arrive, dans la plupart des cas, que la tumeur s'accroche au-dessus de la symphyse pubienne et arrête la sortie de l'enfant, ou bien, la tumeur se trouvant située entre les deux cuisses du fœtus s'engage en même temps que celles-ci, dont l'épaisseur s'ajoute à celle de la tumeur. C'est par ce mécanisme que fut arrêté le fœtus de l'observation suivante.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. FRUHINSHOLZ, à la Société de Médecine de Nancy, le 8 février 1905).

Un cas de dystocie par inclusion fœtale sacro-coccygienne.

Il s'agit d'un fœtus atteint d'une tumeur sacro-coccygienne, né dans les conditions suivantes : la mère, terti-pare est entrée à la Maternité au cours de la troisième grossesse. Elle est enceinte de sept mois, mais présente une distension utérine énorme. L'utérus remonte à 49 centimètres au-dessus de la symphyse. Il est tellement tendu qu'un palper approfondi est impossible ; on sent une petite région fœtale ballottable au niveau du fond de l'utérus. On n'entend pas de battements nets ; mais la femme affirme sentir remuer. Pas de syphilis maternelle appréciable. Le travail commence spontanément dans les pre-

miers jours du huitième mois. Le diagnostic porté est hydramnios avec enfant vivant ; on ignore ce que cet hydramnios peut dissimuler et on fait des réserves en ce qui concerne la gemellité ou une malformation fœtale possible.

La poche des eaux se rompt spontanément, précocement. La tête s'engage seule sans procidence. La dilatation du col s'achève rapidement et la tête est expulsée. Elle reste d'abord étroitement accolée à la vulve, et les tractions exercées sur elle sont inefficaces ; on abaisse successivement les deux bras ; il en résulte une progression légère du thorax à travers la vulve ; mais cette progression ne tarde pas à s'arrêter et à être entravée d'une façon absolue. Le fœtus tente quelques inspirations, mais celles-ci sont inefficaces, en raison de la compression étroite imposée à la cage thoracique ; il succombe rapidement. On cesse bientôt toute traction, et on va se rendre compte, par le *toucher manuel profond*, de la nature de l'obstacle. On hésitait à ce moment, entre le diagnostic d'enclavement gémellaire et de malformation fœtale abdominale ou pelvienne.

Le toucher, pratiqué successivement avec la main droite et la main gauche, révèle l'existence d'une tumeur volumineuse, bosselée, de consistance inégale en ses différentes régions, prolongeant le pelvis du fœtus. On sent, implantés à la surface de la tumeur, deux rudiments de membres, donnant l'impression de pieds mal formés : le fœtus était à cheval, jambes écartées sur sa tumeur. On abaisse, dès lors, successivement, les deux membres inférieurs, constituant à la tumeur comme deux attelles divergentes, favorisant l'enclavement, et s'opposant à toute accommodation pelvienne. A partir de ce moment, l'engagement de la tumeur à la suite du fœtus se fit avec facilité

sous l'influence de tractions légères. Le fœtus est une fille, qui ne présente pas d'autre malformation apparente que sa tumeur sacro-coccygienne. L'orifice anal est perméable, mais dévié latéralement au fond du sillon séparant la cuisse gauche de la tumeur. Celle-ci s'insère sur toute la région périnéale, en arrière de la commissure postérieure vulvaire, et en avant du coccyx : elle adhère partiellement à la cuisse droite du fœtus.



Tumeur sacro-coccygienne.

Cliché très obligeamment communiqué par M. Steinheil, éditeur.

Hauteur : 13 centimètres ; largeur : 19 centimètres ; circonférence antéro-postérieure : 38 centimètres. La circonférence transversale : 40 centimètres. La surface est bosselée, séparée en plusieurs lobes que séparent des sillons.

Au fond d'un de ces sillons, s'observe un double repli cutané, bordé de poils follets donnant l'impression d'organes génitaux féminins externes. La plupart des lobes de la tumeur présentent une consistance kystique. En certains points la peau est amincie, usée et sur le point de s'ouvrir. Enfin, cette tumeur présente à sa partie antéro-inférieure, un large orifice, grand comme une paume de main, exactement arrondi avec un rebord cutané organisé, bien formé, très régulier, lisse et tranchant, et elle semble vouloir accoucher à travers cet orifice d'une partie de son contenu ; c'est par cet orifice que sortent, émanés d'une masse charnue, les deux rudiments de membres, présentant, l'un deux doigt accolés formant une sorte de pince d'écrevisse, l'autre quatre doigts accolés. On distingue, à leur extrémité, de petits ongles bien formés. A côté de ces éléments figurés, et faisant également saillie à travers l'orifice cutané, se trouve une tumeur d'aspect sarcomeux, molle, multilobée ; cette tumeur était revêtue d'une membrane très mince, rappelant l'amnios qui s'était rompue au moment de l'accouchement. L'examen histologique d'un fragment de cette tumeur, pratiqué par M. Apfel, préparateur d'anatomie pathologique, a révélé l'existence de petits kystes, les uns à épithélium cylindrique, les autres à épithélium cubique, de bandes de tissus cartilagineux, de formations glandulaires analogues aux glandes annexes de l'appareil digestif (gl. salivaires, gl. pancréatique).

Il semble, étant donnée la conformation extérieure de cette tumeur (présence de rudiments de membres), qu'on doive lui assigner une origine différente de celle d'un kyste dermoïde vulgaire, dont l'origine peut être très bien monogerminal et qu'on doive s'arrêter à l'hypothèse d'origine bigerminal. Il s'agit sans doute, dans le cas particulier, d'une grossesse originellement gémellaire, uni-

vitelline : l'un des germes aura abouti à la formation d'un fœtus normal ; l'autre à une formation déviée, la tumeur en question.

Nous remarquons que cet accouchement, — comme c'est la règle en pareil cas, — a été prématuré. On voit aussi que le diagnostic n'a pas pu être posé, malgré un examen approfondi de la femme pendant la grossesse et au moment du travail. On a simplement constaté un hydramnios et pensé à la possibilité d'une malformation fœtale. Comme cela s'observe le plus souvent, l'expulsion du fœtus a été normale jusqu'à l'engagement de la tumeur. A ce moment, la progression est complètement arrêtée et l'enfant succombe par asphyxie sans qu'on puisse arriver à dégager sa cage thoracique. C'est dire que le dégagement était absolument impossible.

A ce moment, un nouvel examen permet d'apprécier exactement la nature de l'obstacle, et il suffit d'abaisser les deux membres inférieurs pour qu'on puisse extraire le fœtus par des tractions légères.

Il est à remarquer que la précision du diagnostic a permis de terminer l'accouchement dans de bonnes conditions, et d'éviter à la mère tous les dangers que lui auraient fait courir des tractions trop énergiques.

2° Supposons maintenant que la *tumeur se présente la première*, ce qui est très rare. Dans ce cas, l'accouchement se fait le plus souvent normalement ; mais dans ce cas encore, le diagnostic est très rarement posé, tant les sensations données par la tumeur au doigt qui explore sont inattendues et trompeuses.

3° Enfin quand c'est le siège qui se présente, la tumeur s'engageant en même temps, l'accouchement s'arrête, l'ensemble de ces deux parties formant un volume trop considérable pour le détroit supérieur. Les tractions sur les membres inférieurs déjà dégagés peuvent présenter les mêmes dangers que dans les cas de dystocie du tronc. Dans ces cas, comme dans les autres, il est absolument nécessaire de poser le diagnostic pour établir un traitement convenable, au lieu de se livrer à des tractions violentes qui ne peuvent qu'entraîner l'arrachement des membres ou des lésions des parties maternelles.

VI. — Pronostic

1° *Le pronostic fœtal* est sérieux. Ces enfants, nous l'avons vu, naissent avant le terme, dans la grande majorité des cas, ceux qui parviennent à terme succombent souvent à leur naissance ; ceux qui naissent vivants sont chétifs, malingres. De plus, la tumeur, en augmentant de volume entraîne des désordres de plus en plus graves et qui deviennent bientôt incompatibles avec la vie de l'enfant. D'autre part, la tumeur peut s'ulcérer et s'infecter et l'enfant succomber à l'infection. On a cité quelques cas (Budin, Broca, Rotschild et Schwab) où les enfants ont pu être débarrassés avec succès de leur tumeur. Dans ce cas, l'enfant est viable, ce qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on veut intervenir.

Le pronostic varie encore avec le volume de la tumeur, et le degré de la dystocie qu'elle provoque, car, lorsque la tumeur est volumineuse, l'enfant succombe le plus souvent pendant le travail.

Enfin le pronostic dépend de la nature de la tumeur. A ce point de vue les sarcomes sont les plus graves.

2° *Le pronostic maternel* est bénin, puisque l'accouchement est souvent spontané et assez facile. Mais si la tumeur est suffisamment volumineuse pour arrêter le travail le pronostic varie suivant que le diagnostic est fait ou non.

EN SOMME, la situation est la même que dans les divers cas de dystocie fœtale que nous avons déjà envisagés, sauf que le pronostic est amélioré pour le fœtus.

VII. — Traitement

Le traitement tire ses indications de l'ensemble des notions exposées plus haut.

Si la tumeur n'est pas très considérable et pas trop dure, on essaiera des tractions très modérées, secondées par des pressions exercées au-dessus du pubis par un aide. La tâche sera d'autant plus facilitée que les contractions utérines seront plus énergiques.

Si la tumeur est prise entre les cuisses de l'enfant, on devra abaisser celles-ci comme on l'a fait dans notre observation ; reste alors la tumeur, qui sera

dégagée par des tractions soutenues mais toujours prudentes.

En cas d'insuccès, *si elle est liquide, on ponctionnera la tumeur ; si elle est solide, on la morcellera avec des ciseaux de Dubois.* Il est certains cas où l'on est obligé, pour arriver sur la tumeur, de creuser une brèche à travers le tronc du fœtus.

Si la tumeur se présente la première, on essaiera de faire la ponction, et, en cas d'échec, on la morcellera comme précédemment.

S'il s'agit d'une présentation du siège, on essaiera de diriger la tumeur avec la main, en la faisant passer la première et le siège ensuite, afin de revenir au cas précédent. Si cette manœuvre ne réussit pas, on est encore obligé de recourir à la ponction ou au morcellement.

CONCLUSIONS

I. — Un fait saillant résulte de l'étude qui précède, à savoir que le pronostic maternel dans les cas de dystocie par excès de volume partiel du fœtus dépend de la précocité du diagnostic et de la mise en œuvre rapide d'une thérapeutique avisée.

II. — Nous avons vu que pendant la grossesse le diagnostic est, en général, impossible ; c'est pendant le travail qu'il importe de le faire.

III. — Si l'on constate un arrêt de progression du fœtus au cours du travail, après avoir éliminé toutes les causes maternelles, on pensera à un obstacle tenant au fœtus et on soupçonnera, entre autres, une dystocie par excès partiel de volume fœtal.

IV. — Cette hypothèse sera confirmée par la constatation des différents signes fournis par l'*inspection* (excès de volume du ventre de la mère, voussure sus-pubienne, etc...), par le *palper* (hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse, etc...), mais c'est surtout le *toucher manuel* qui donnera les renseignements les plus précieux, la main allant reconnaître directement, à travers les voies génitales, l'état des parties fœtales. Il faut pour cette exploration que le col soit complètement dilaté ou dilatable et la poche des eaux rompue.

V. — Le diagnostic fait, la vie fœtale n'entre plus en ligne de compte ; nous avons vu que le fœtus succombe dans tous les cas tant du fait de l'accouchement que du fait de la malformation qu'il présente. Il s'agit alors d'instituer sans tarder le traitement, n'ayant en vue que l'intérêt de la mère.

VI. — Toute dystocie due à un excès de volume liquide est justiciable de la ponction, opération facile, à la portée de tous, susceptible d'être pratiquée au moyen d'instruments de fortune, sous la réserve d'observer les règles d'une asepsie rigoureuse.

VII. — L'obstacle supprimé par des moyens simples et nullement offensifs pour les parties mater-

nelles, l'accouchement se termine rapidement, évitant à la femme des dangers parmi lesquels le plus redoutable est la rupture utérine. C'est ainsi que, grâce au diagnostic précoce joint à une intervention rapide le pronostic maternel peut être heureusement modifié.

Vu :

Nancy, le 17 juillet 1911.

Le Président de la thèse,

A. HERRGOTT.

Vu :

Nancy, le 18 juillet 1911.

Le Doyen,

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 19 juillet 1911.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANGELBY. — Ascite fœtale. Thèse de Paris, 1887.
- AUVARD. — Traité d'accouchements.
- BAR (P.). — Traité de l'art des accouchements.
- BAR et BRINDEAU. — Pratique de l'art de l'accouchement.
- BAUDELOQUE. — Art des accouchements, 1815.
- BLOT. — Mémoires de la Société de Biologie, 1853, t. V, p. 86.
- BOURDIER. — Thèse de Paris, 1885.
- BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement.
- CALBET. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris, 1893.
- CAZEAUX. — Traité de l'art des accouchements.
- CHASSINAT. — De l'hydrocéphalie du fœtus (Gaz. méd. 1864).
- COUDERT. — Thèse de Paris, 1890.
- DARESTE. — Recherches sur la production artificielle de monstruosité.

DEMELIN. — Thèse de Paris, 1887-1888.

DEPAUL. — Bulletin Ac. de Méd., 1850, p. 645.

— Gaz. des Hôpitaux, 1873.

— Tumeurs sacro-coccygiennes, 1877, p. 469.

DÉVÉ et GUBERTAFON. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 9 mai 1895. Rétention d'urine.

DIONIS. — Traité général des accouchements, 1724.

FAUVEL. — Thèse de Paris, 1889-1890.

FLAMAND. — Thèse de Paris, 1904.

FRUHHINSHOLZ. — Dystocie fœtale (Pratique médico-chirurgicale).

FRUHHINSHOLZ et DERBANNE. — Revue Médicale de l'Est, février 1905.

— Revue Médicale de l'Est, mars 1911.

GALBERT. — Thèse de Paris, 1893.

GALETTI. — Journal de Médecine chirurgicale, 1778.

GUÉRIN et VALMANN. — Nouveau Montpellier Médical, 28 avril 1901.

HERRGOTT (A.). — Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement. Thèse d'agrégation, 1878.

— Revue Médicale de l'Est, juin 1905.

HERRGOTT (F.-J.). — Revue Médicale de l'Est, février 1883.

— Revue Médicale de l'Est, septembre 1883.

JOULIN. — Des cas de dystocie appartenant au fœtus. Thèse de concours, Paris 1863.

LACASSE. — Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie.

LAMOUROUX. — Nouvelle Bibliothèque Médicale, 1825.

LA MOTTE (DE). — Traité complet des accouchements, 1721.

LEDRAIN. — Progrès Médical, 6 octobre 1894.

- LEFOUR. — Rétention d'urine et perméabilité d'urètre. Progrès Médical, 21 mai 1887.
- LEGOUX. — Thèse de Paris, 1840.
- LE BOSSÉ. — Thèse de Paris, 1903.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses.
- MOLK. — Cas de dystocie appartenant au fœtus. Thèse de Strasbourg, 1864.
- OUVRIER. — De l'hydrocéphalie. Thèse de Paris, 1869.
- PARISOT (P.). — Revue Médicale de l'Est, 1892, n° 23.
- PEU. — La pratique des accouchements, 1694.
- PINARD. — Traité du palper abdominal, 1878.
- POULLET. — Thèse d'agrégation, 1880.
- PORTAL. — Traité des accouchements, 1685.
- RÉPIN. — Thèse de Paris, 1894.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RIVET. — Progrès Médical, 7 juin 1884.
- RIVIÈRE. — Dystocie par tumeurs sacro-coccygiennes. Soc. obst. de France, 1895.
- ROBERT. — De l'ascite du fœtus. Thèse de Strasbourg, 1870.
- SCHROEDER. — Traité d'accouchement.
- SCHUCHARD. — Thèse de Berlin, 1884.
- SERGENT. — Thèse de Paris, 1897.
- SIMPSON. — Mémoire sur la péritonite fœtale, 1838.
— Société obst. d'Edimbourg, 1860.
- SMELLIE. — Traité pratique des accouchements. Paris 1771, t. III.
- STOLZ. — Mémoires de la Soc. de Méd. de Strasbourg, 1853, t. V.

TARNIER. — Thèse de concours, 1860.

TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement.

TOURETTE (DE LA). — Art des accouchements, 1787.

VAN HUEVEL. — Presse Médicale Belge, 1849.

VARNIER. — Revue pratique d'obst. et d'hygiène de l'enf.,
1890.

VELING. — Thèse de Strasbourg, 1846.

VERDU. — Thèse de Paris, 1846.

VIRCHOW. — Thèse d'agrégation, 1863.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
AVANT-PROPOS.....	1
INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE. — Dystocie par excès de volume de la tête..	5
Hydrocéphalie ..	5
DEUXIÈME PARTIE. — Dystocie par excès de volume de l'abdomen.	40
CHAPITRE PREMIER. — Ascite.....	40
CHAPITRE II. — Distension vésicale par rétention d'urine.....	57
TROISIÈME PARTIE. — Dystocie par excès de volume du siège..	84
Tumeurs sacro-coccygiennes.....	84
CONCLUSIONS	99
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	102

